

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



Informe de Resultados de enero a marzo 2021

San Salvador, abril de 2021

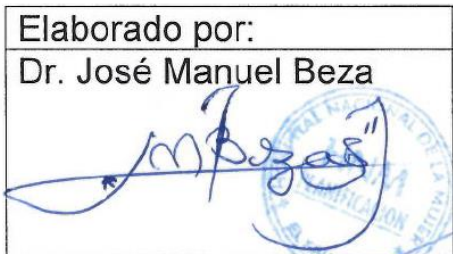

Elaborado por: Dr. José Manuel Beza	Autorizado por: Dr. René Mauricio Arévalo Mata
	

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
I RESULTADOS	6
MORTALIDAD MATERNA.....	9
MORBIMORTALIDAD INFANTIL	10
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	14
COVID 19 Y COMORBILIDADES.....	16
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	17
LA PREMATUREZ COMO PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA	19
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ	20
MANEJO DEL BINOMIO MADRE-BEBÉ EN LA ERA COVID-19.....	22
IV. ATENCION ONCOLOGICA	23
ATENCIÓN DEL CÁNCER DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	25
V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	27
VI. ACTIVIDADES DE GESTION	35

INTRODUCCION

Para 2021 a nivel global se está dando una tercera oleada de casos de COVID 19 con cambios en la patogenicidad del virus que deberán ser consideradas para el mantenimiento de las medidas de control, incluyendo la cobertura de vacunación para la población como una estrategia medular de la atención preventiva a nivel nacional.

Se sabe que el riesgo de enfermar gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas mayores y en aquellas con afecciones de salud subyacentes. Conocer la cantidad de individuos con mayor riesgo de padecer la COVID19 con síntomas graves puede fundamentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las afecciones crónicas, así como orientar la distribución de vacunas. (OMS).

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 en los establecimientos de los diferentes niveles de atención y principalmente en la red hospitalaria.

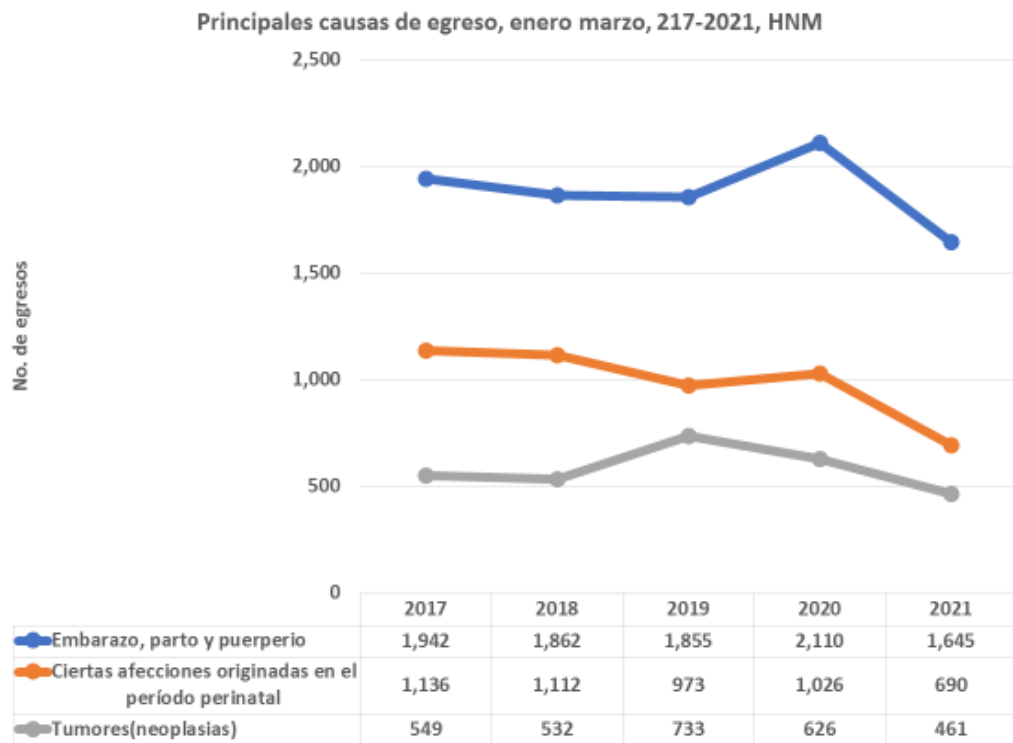
Con la Pandemia desde el inicio de 2020, la atención preventiva se redujo a nivel nacional y la tendencia descendente continúa en 2021 en la mayoría de las atenciones preventivas en los diferentes ciclos de vida principalmente en la atención de Alto Riesgo Reproductivo que en el primer trimestre ha caído en 42% en relación con 2019. Solo hubo una recuperación de las atenciones para la detección precoz del cáncer cervical y el examen de mama. (SIMMOW. Atención preventiva. Resumen. Enero – marzo, 2019-2021). En general la tendencia de la morbimortalidad ha mostrado efectos negativos en cuanto al incremento del número de muertes hospitalarias (6.3%) durante el período de enero a marzo de 2021.

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 de los servicios de neonatología para reducir las complicaciones y la mortalidad neonatal.

I RESULTADOS

Durante 2021 se ha visto una reducción en las hospitalizaciones por las principales causas de egreso que, para el período de enero a marzo, a 2021 siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (1,645 egresos), "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (690 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que han disminuido para 2021. Los "Tumores (neoplasias)" (461 egresos), que, se ha reducido en relación con 2020 (626) cuando aún no se había declarado la situación de pandemia y no había restricciones de acceso a los servicios.

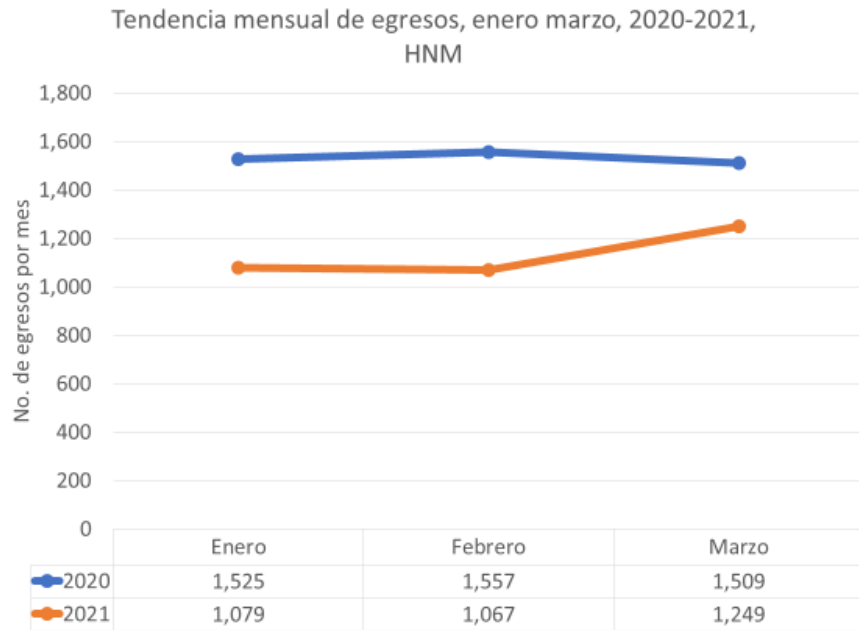
GRAFICO 1



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

Al revisar la tendencia mensual de egresos de enero a marzo de los años 2020 y 2021 a nivel nacional, se puede observar una brecha con tendencia a la reducción para los próximos meses a partir del mes de marzo a expensas de un incremento esperado de la demanda a partir del mes de abril si se da una tercera oleada de casos de COVID 19 a nivel nacional.

GRAFICO 2



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

TABLA 1
Lista de Morbilidad por Capítulos

No.	Grupo de causas	Total				
		Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	2	1,645	0.12	0.03	5,973
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	33	690	4.78	0.49	8,240
3	Tumores (neoplasias)(C00-D48)	6	461	1.3	0.09	1,163
4	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	0	173	0	0	462
5	Código de propósitos especiales (U00-U97)	3	68	4.41	0.04	371
6	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	0	68	0	0	153
7	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	0	66	0	0	212
8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	13	50	26	0.19	314
9	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	8	46	17.39	0.12	398
10	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	0	44	0	0	145
	Demás causas	3	97	0	0.04	394
	Totales 2021	68	3,408	2.0%	1.01	17,825
	Totales 2020	64	3,395	1.9%	0.95	17,794
	Variación 20-21 (%)	6.3%	0.4%	5.8%	6.3%	0.2%

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-marzo 2021

MORTALIDAD MATERNA

Durante el período de enero a marzo 2021 ocurrieron 3 muertes maternas, 1 menos que en 2020, con un promedio mayor que los años previos de 2017 a 2019. Una muerte ocurrió en el mes de enero y 2 en el mes de marzo. 2 de las 3 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de hemorragia.

Por procedencia 1 del área rural y 2 del área urbana: San Salvador 2, Sonsonate 1. 2 por choque post parto y 1 por Neumonía.

Por edades: fallecieron 2 de 25 a 29 años y 1 de 35 a 39 años.

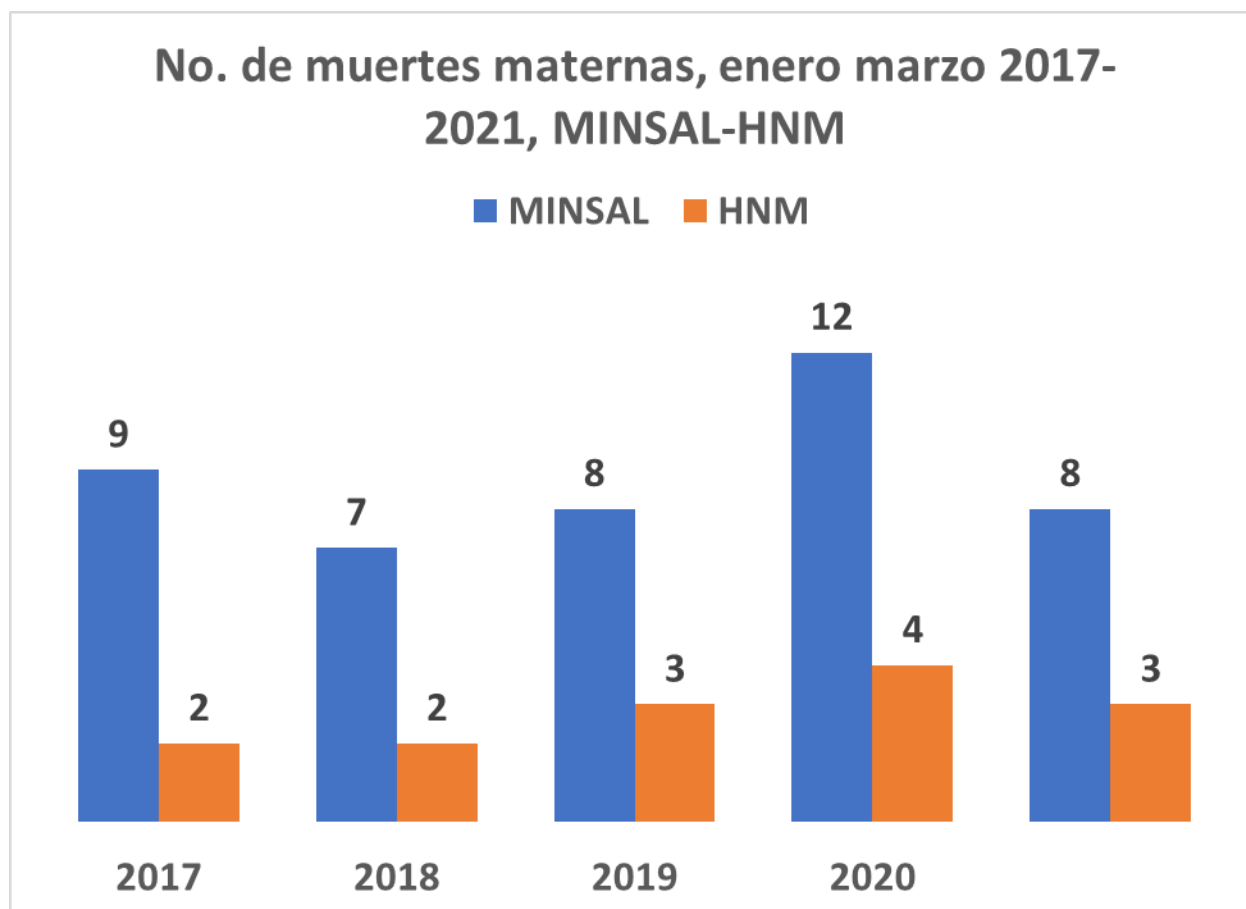
De las 2 mujeres que murieron en las primeras 48 horas 1 era procedente del área urbana y 1 del área rural. El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente por la demora comunitaria, el acceso geográfico y las condiciones de traslado bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por 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.

TABLA 2

MUERTES MATERNAS ENERO MARZO 2021, HNM					
No.	Fecha	EDAD (AÑOS)	SERVICIO DE PROCEDENCIA	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
1	19 de Enero	27	EMERGENCIA	1	Hemorragia Post parto
2	10 de Marzo	35	OBSTETRICIA	2	Mola Hidatiforme
3	16 de Marzo	28	INFECTOLOGIA	21	Neumonía

Fuente: SIMMOW- Defunciones maternas, enero-marzo 2021

GRAFICO 3



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

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 ya que el número de muertes se redujo en 8% en relación con 2020, y los egresos se redujeron en 32%. (Tabla 3).

TABLA 3

Lista de Morbilidad por Capítulos						
Servicio: NEONATOLOGIA						
No.	Grupo de causas	Total				
		Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	33	690	4.79	0.49	8,239
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	13	39	33.33	0.19	290
3	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	3	8	37.5	0.04	177
4	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	7	0	0	57
5	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	0	1	0	0	9
	Demás causas	0	0	0	0	0
	Totales 2021	49	744	6.6%	0.72	8,772
	Totales 2020	53	1,095	4.8%	0.78	12,049
	Variación 20-21 (%)	-8%	-32%	36%	-8%	-27%

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

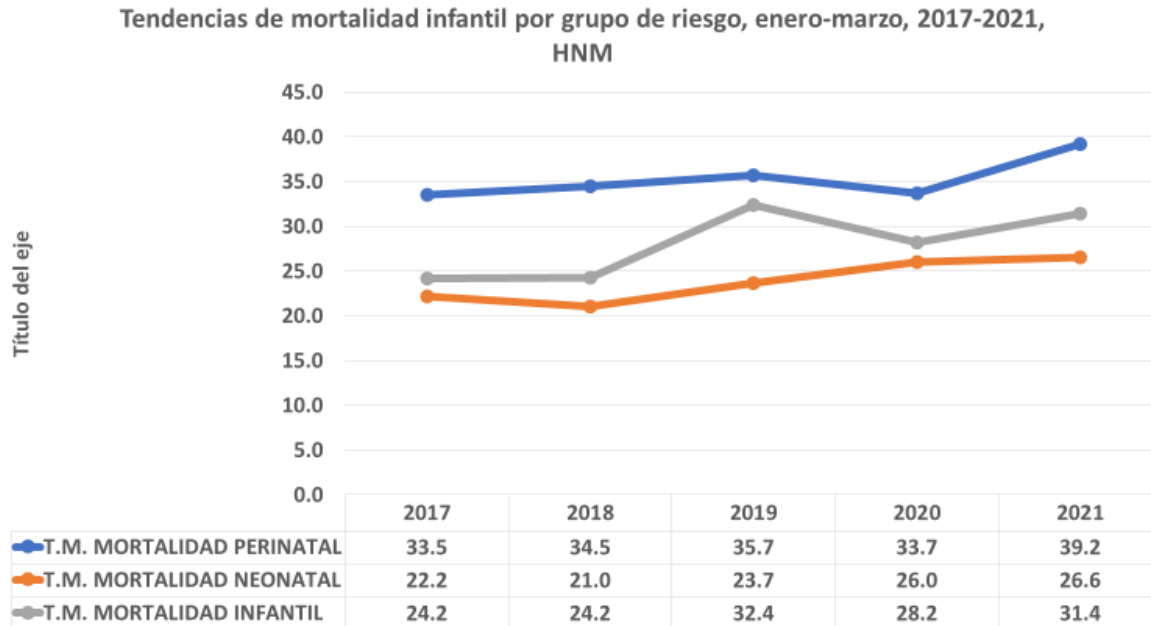
En el gráfico 4, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a marzo de 2017 a 2021, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores. En todo el quinquenio de 2017 a 2021, comparando el resultado de 2021, la mortalidad infantil en el hospital ha variado gradualmente cada año: incrementó 30% relación con 2017 y 2018, se redujo en -3% en relación con 2019, con incremento de 12% en relación con 2020 con una variación promedio al alza de 17% en el transcurso de los 5 años. (Tabla 4).

TABLA 4

HNM	ENERO MARZO 2017-2021					Variaciones anuales			
	2017	2018	2019	2020	2021	21-20	21-19	21-18	21-17
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	24.2	24.2	32.4	28.2	31.4	12%	-3%	30%	30%

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

GRAFICO 4

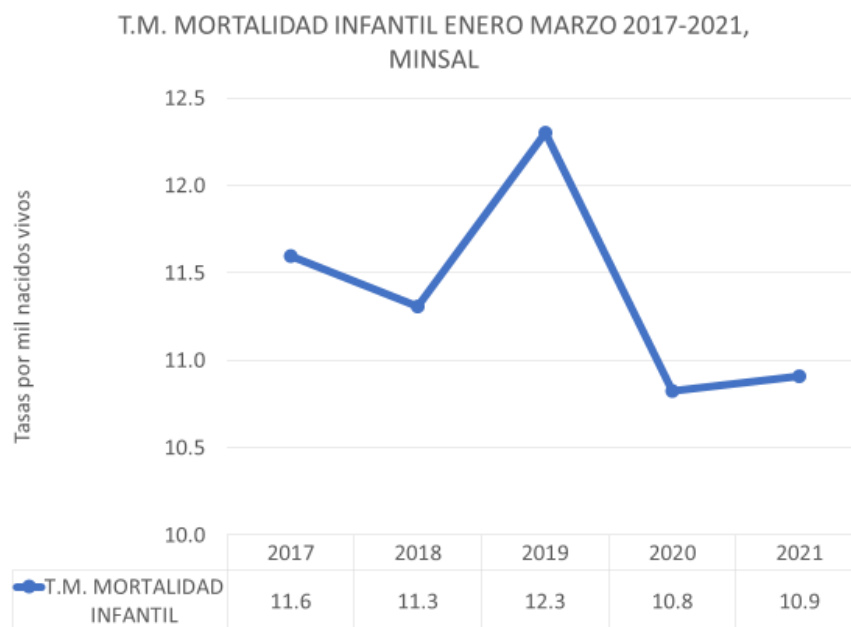


Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-marzo 2017-2021

La gestión clínica de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas compatibles con la vida en el servicio de Neonatología tiene un impacto muy positivo en la reducción de las tasas de mortalidad infantil a nivel nacional.

A nivel central en el MINSAL, destaca el descenso de 11% de la mortalidad infantil desde 2019 a 2020, que para 2021 se tuvo un leve incremento de 10.8 en 2020 a 10.9 por mil nacidos vivos lo cual representa una variación al alza de 1%. (Gráfico 5).

GRAFICO 5



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

En el servicio de Neonatología se han mantenido 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 hay que tratar de 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 2022, que en los últimos años la atención preventiva se ha reducido gradualmente 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 sean 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 5

Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)			
No.	Diagnóstico	TOTAL	
		2020	2021
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	282	131
2	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	109	117
3	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	120	105
4	Preeclampsia severa	140	102
5	Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto a término por cesárea	98	94
6	Parto por cesárea electiva	116	92
7	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	113	91
8	Oligohydramnios	93	70
9	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	43	63
10	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	69	53
Totales 2021		2,110	1,645
Variación 20-21 (%)			-22%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, enero-marzo 2020-2021

En la tabla 4 se puede apreciar una reducción del 22% de los egresos por embarazo, parto y puerperio, sin embargo, se incrementaron las hospitalizaciones de

embarazadas con Diabetes mellitus tipo 2 y los casos de infección de la bolsa amniótica.

TABLA 6

	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EN INFECTOLOGIA, ENERO-MARZO	2020	2021
1	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	40	62
2	Infección de herida quirúrgica obstétrica	34	18
3	Sepsis puerperal	18	10
	Total	127	112

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

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, destacan el incremento de la infección de la bolsa amniótica y 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 las pacientes quirúrgicas ante el riesgo de morbilidad nosocomial.

TABLA 7

No.	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN PUERPERIO ENERO-MARZO	2020	2021	Variación (%)
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	278	131	-53%
2	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	103	89	-14%
3	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	90	66	-27%
4	Preeclampsia severa	54	29	-46%
	Totales	832	557	-33%

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

En el servicio de puerperio disminuyó la demanda en -33% con una reducción de púerperas que presentaron parto prematuro lo cual denota una mejora en la gestión clínica del embarazo desde el control prenatal ya que el número de egresos por parto prematuro espontáneo se redujo en 14% (de 103 en 2020 a 89 en 2021). Esto es muy importante en el impacto que puede tener en la reducción de la mortalidad neonatal.

TABLA 8

No.	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS EN MEDICINA MATERNO FETAL	2020	2021	Variación (%)
1	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	83	88	6%
2	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	70	25	-64%
3	Oligohydramnios	30	15	-50%
4	Diabetes mellitus tipo 1 preexistente en el embarazo	25	41	64%
5	Hipertensión materna, no especificada	13	11	-15%
	Total	326	242	-26%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Medicina Materno Fetal, enero-marzo 2020-2021

Los egresos por diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, incrementaron 6% y 64% respectivamente durante 2021 con un descenso de 26% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas en Medicina Materno Fetal.

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.

La pandemia 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)

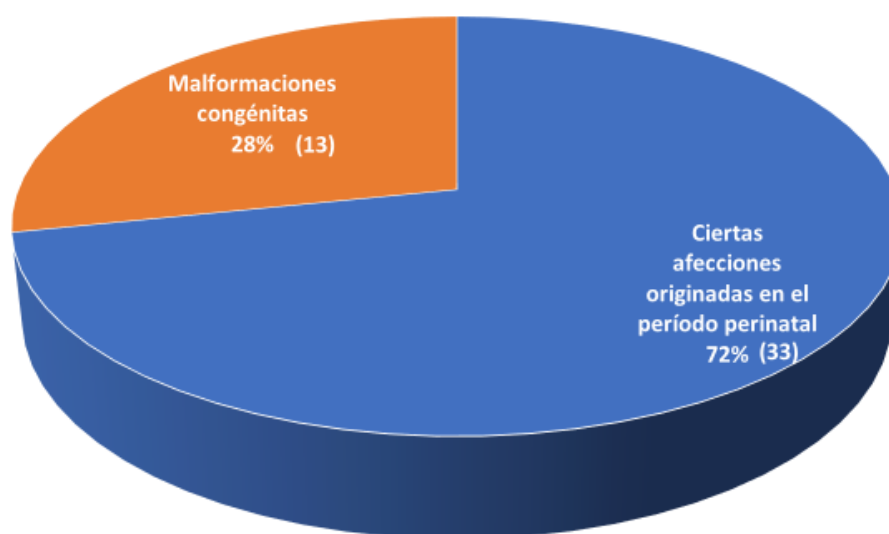
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

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 6)

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

GRAFICO 6

Mortalidad neonatal por causa básica, enero marzo 2021,
HNM, N: 46



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

¹ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2021

TABLA 9

Perfil de morbimortalidad neonatal		2020	2021	Variación
A	No. de muertes neonatales	53	49	-8%
B	Principales causas de muerte neonatal	2020	2021	Variación
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	38	33	-13%
2	Otros recién nacidos de pretérmino	18	8	-56%
3	Inmadurez extrema	13	17	31%
4	Malformaciones congénitas	15	13	-13%
5	Septicemia	3	1	-67%
C	Egresos	1,095	744	-32%
D	Letalidad	4.8%	6.59%	36%

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

El número total de muertes neonatales disminuyeron en -8%. Dada la reducción de -32% en el número de egresos se incrementó la letalidad en 36%. 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 sustancialmente.

Al ver la tendencia trimestral en relación con el período de enero a marzo de 2020 la variación en el total de egresos fue de -32% en 2021, 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 -13% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal y por malformaciones congénitas. Los fallecidos por prematuridad disminuyeron en -19% (de 31 a 25) no obstante el desagregar por “Otros recién nacidos de pretérmino” este presentó una variación de -56% (de 18 a 8) y la Inmadurez extrema incrementó en 31% (de 13 a 17).

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

TABLA 10

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)		
No.	Diagnóstico	Muertes
1	Anencefalia	4
2	Hidrocéfalo congénito, no especificado	1
3	Síndrome de Edwards, no especificado	3
4	Hernia diafragmática congénita	1
5	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	1
6	Trisomía 18, por falta de disyunción meiótica	1
7	Síndrome de Potter	1
8	Ausencia, atresia y estenosis congénita del duodeno	1
TOTAL		13

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

Es importante recordar que las malformaciones congénitas mayores de los sistemas cardiovascular, nervioso central (SNC), genitourinario y esquelético están relacionadas con la diabetes materna y el servicio de perinatología reporta incremento de 19% en la hospitalización de embarazadas con este padecimiento (ver tabla 8).

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 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.

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, 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 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 sobrevivencia es nula si el peso es menor de 600 gramos.

Lo mejor de la gestión clínica materno infantil es la promoción de la salud reproductiva en los territorios 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-suprarrenal (HPS)** materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros, principalmente cuando no hay una causa inflamatoria por infección materna. El estrés en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, víctimas de violencia, viviendas inseguras y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal, y este aumenta la concentración de **hormona liberadora de corticotropina (HLC)**, la cual desencadena la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas provocan contracciones y maduración cervical. La HLC también produce aumento en la producción de estrógeno placentario al estimular la secreción desde la glándula suprarrenal fetal. El efecto final de los

estrógenos en el miometrio, desemboca en contracciones, cambios cervicales y en partos prematuros.

El estrés materno y fetal como causa, 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”.

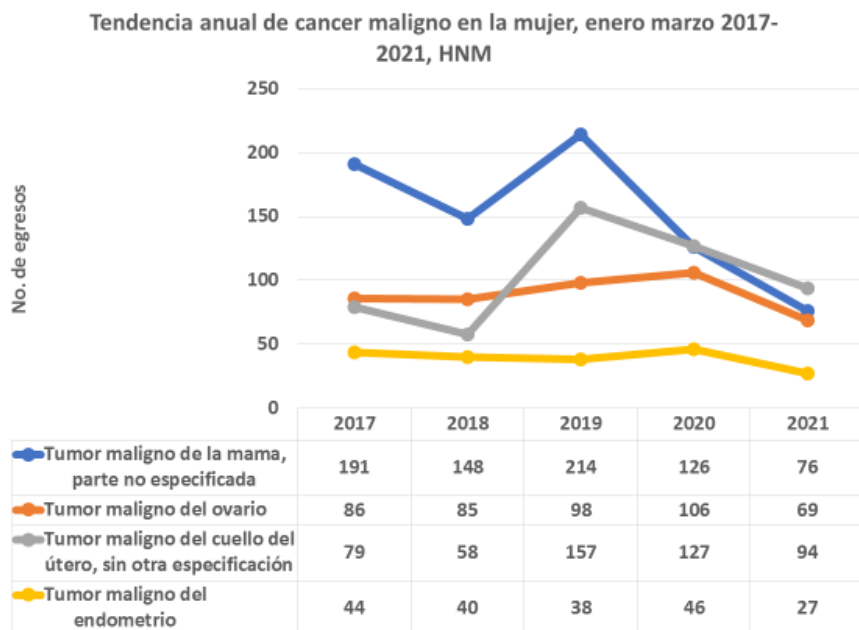
IV. ATENCION ONCOLOGICA

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.

Desde 2020 y durante el primer trimestre de 2021 se han reducido las hospitalizaciones y 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.

Del período de enero a marzo de 2020 a 2021, los egresos por cáncer de mama se redujeron de 126 a 76, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 127 a 94, el cáncer de ovario de 106 a 69 y el cáncer de endometrio de 46 a 27. (GRAFICO 7). El incremento en el acceso a la quimioterapia ambulatoria fue un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.

GRAFICO 7

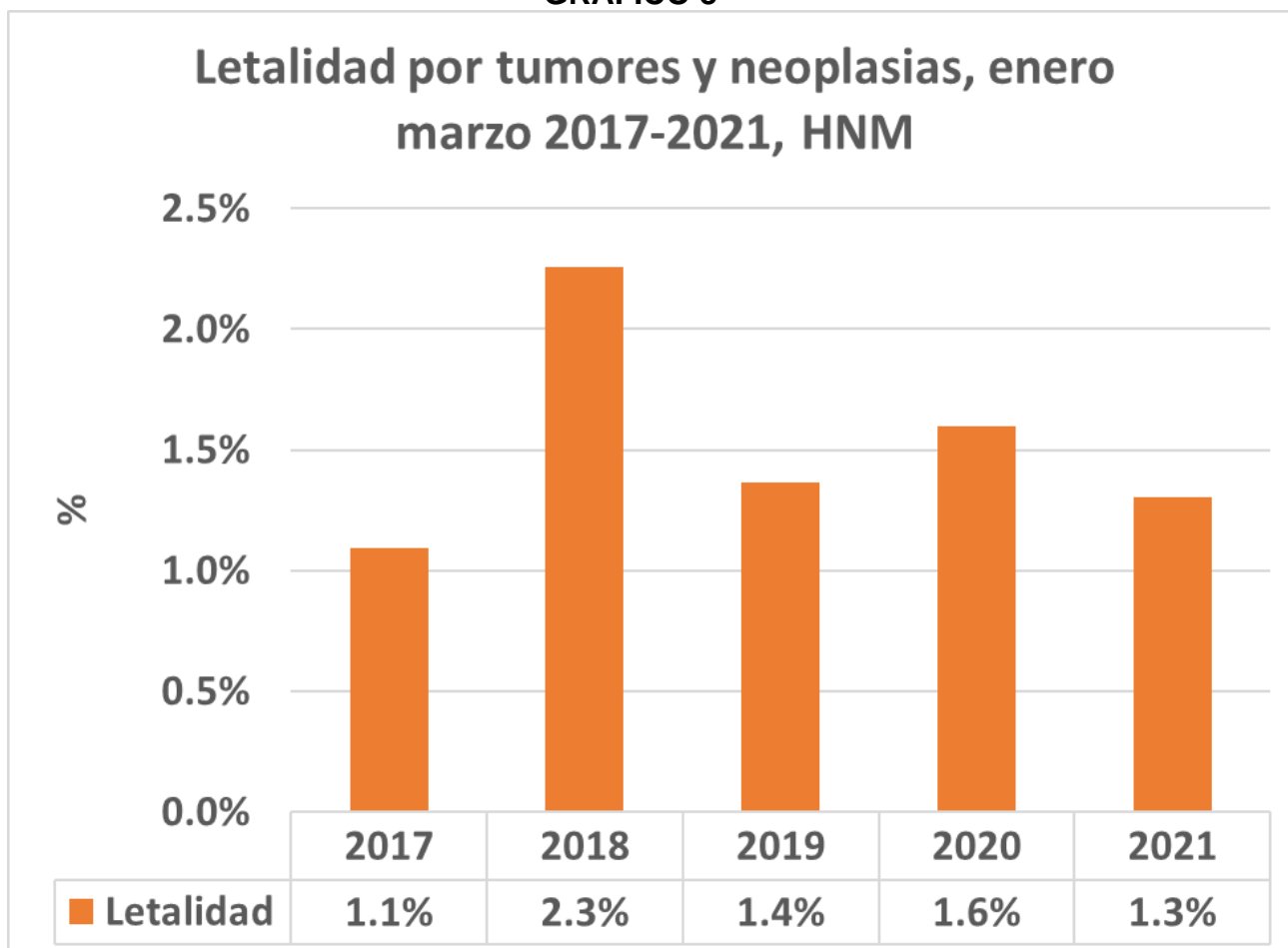


Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-marzo 2017-2021

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.

Por tumores y neoplasias se reportaron, durante el trimestre 6 muertes contra 461 egresos con una tasa de letalidad de 1.3% disminuyendo la letalidad en 19% en relación con 2020 que reportó 1.6 % con 10 muertes contra 626 egresos. (Gráfico 8).

GRAFICO 8

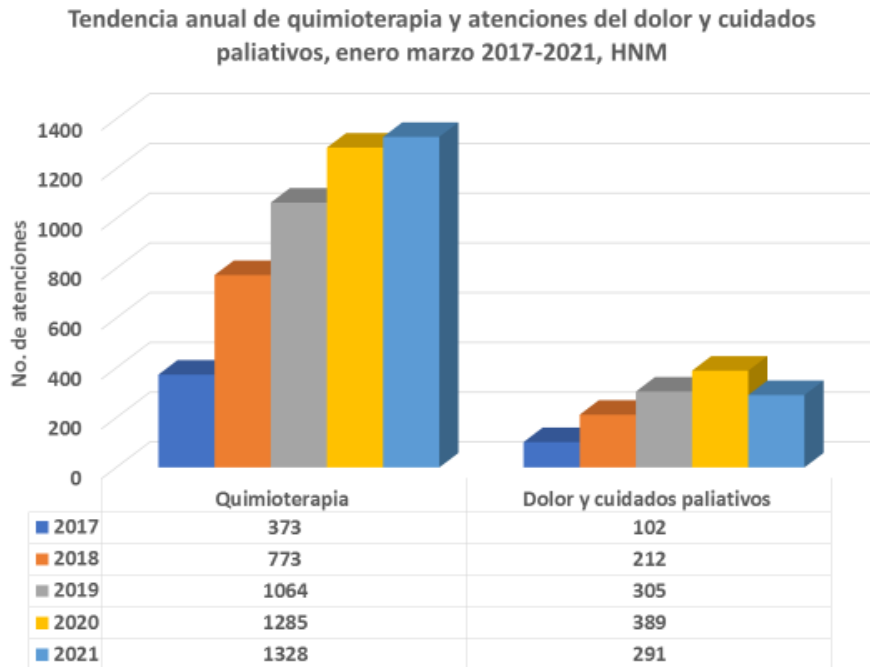


Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-marzo 2017-2021

El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado gradualmente durante el quinquenio (enero-marzo), de 373 realizadas en los servicios de hospitalización en 2017 a 1,328 en 2021, lo cual representa un incremento 2.5 veces mayor gracias a la

consulta externa especializada como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología. (Gráfico 9).

GRAFICO 9



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

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. 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 2021 se resolvieron limitantes estructurales en cuanto al personal 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, el centro de vacunación COVID 19 y la 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 sobrecarga de trabajo, de manera que la recopilación y registro de datos ha tenido retrasos.

En los servicios intermedios de Laboratorio y Banco de Sangre se tuvo subregistro de datos durante el mes de marzo por dificultades de personal para la digitación de datos en la Unidad de Estadística.

GRAFICO 10

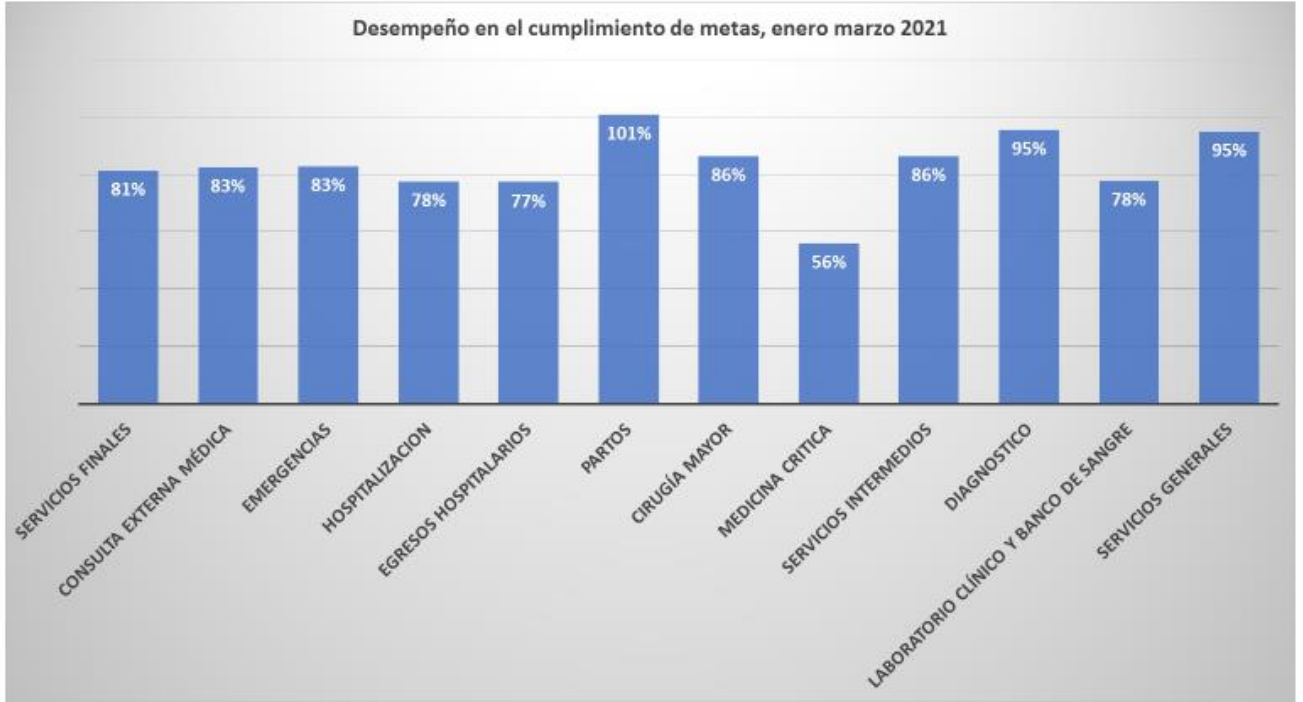


Tabla 11

Actividades	ENERO MARZO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	39,531	32,674	83%
Consulta Externa Médica	19,098	16,159	85%
Especialidades	12,483	10,010	80%
Especialidades Básicas	3093	2628	85%
Medicina Interna	273	189	69%
Cirugía General	123	10	8%
Ginecología	2,499	2,417	97%
Obstetricia	150	0	0%
Psiquiatría	48	12	25%
Sub especialidades	9,390	7,382	79%
Sub Especialidades de Medicina Interna	1023	904	88%
Endocrinología	873	849	97%
Infectología	75	55	73%
Nefrología	75	0	0%
Sub Especialidades de Cirugía	300	1	0%
Anestesiología / Algología	300	1	0%
Sub Especialidades de Pediatría	171	76	44%
Infectología	48	76	158%
Neonatología	123	0	0%
Sub Especialidades de Ginecología	4,998	4,122	82%
Clínica de Mamas	1,749	1,440	82%
Infertilidad	999	815	82%
Oncología	2,250	1,867	83%
Sub Especialidades de Obstetricia	2,898	2,279	79%
Embarazo de Alto Riesgo	2,748	2,279	83%
Genética Perinatal	150	0	0%

Tabla 12

Otras Atenciones Consulta Externa Médica	6267	6073	97%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	249	373	150%
Colposcopia	2,748	2,973	108%
Nutrición	225	12	5%
Planificación Familiar	348	172	49%
Psicología	198	9	5%
Selección	2,499	2,534	101%
Consulta Externa Odontológica	348	76	22%
Odontológica de primera vez	99	40	40%
Odontológica subsecuente	249	36	14%
Emergencias	9948	8253	83%
De Medicina Interna	174	222	128%
Oncología	174	222	128%
De Gineco-Obstetricia	4500	3979	88%
Ginecología	750	797	106%
Obstetricia	3,750	3,182	85%
Otras Atenciones Consulta Emergencia	5274	4052	77%
Bienestar Magisterial	24	24	100%
Selección	5,250	4,028	77%

Tabla 13

Actividades	ENERO MARZO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
HOSPITALIZACION	10,485	8,262	79%
Egresos Hospitalarios	4416	3549	80%
Especialidades Básicas	399	434	109%
Ginecología	324	338	104%
Obstetricia	75	96	128%
Sub Especialidades	3894	2982	77%
Sub Especialidad de Medicina Interna	198	237	120%
Infectología / Aislamiento	198	237	120%
Sub Especialidades de Pediatría	999	752	75%
Neonatología	999	752	75%
Sub Especialidades de Ginecología	498	282	57%
Oncología	498	282	57%
Sub Especialidades de Obstetricia	2199	1711	78%
Cirugía Obstétrica	750	687	92%
Patología del Embarazo	450	386	86%
Puerperio	999	638	64%
Otros Egresos	123	133	108%
Bienestar Magisterial	123	133	108%
Partos	1374	1383	101%
Partos vaginales	750	658	88%
Partos por Cesáreas	624	725	116%
Cirugía Mayor	2,322	2,003	86%
Electivas para Hospitalización	1,248	584	47%
Electivas Ambulatorias	198	103	52%
De Emergencia para Hospitalización	873	1,312	150%
De Emergencia Ambulatoria	3	4	133%
Medicina Critica	2373	1327	56%
Unidad de Emergencia	549	872	159%
Admisiones	300	529	176%
Transferencias	249	343	138%
Unidad de Máxima Urgencia	450	455	101%
Admisiones	225	236	105%
Transferencias	225	219	97%

Tabla 14

Actividades	ENERO MARZO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	245,049	211,571	86%
Diagnostico	117975	112535	95%
Imagenología	21771	21830	100%
Fluoroscopias	15	41	273%
Radiografías	9,999	11,647	116%
Ultrasonografías	10,161	8,552	84%
Mamografías Diagnósticas	873	675	77%
Mamografías de Tamisaje	723	915	127%
Anatomía Patológica	3867	2789	72%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	873	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	498	525	105%
Biopsias Mama	498	459	92%
Biopsias Otras partes del cuerpo	1,998	1,805	90%
Otros Procedimientos Diagnósticos	1797	2288	127%
Colposcopias	873	1,224	140%
Ecocardiogramas	174	11	6%
Electrocardiogramas	750	1,053	140%
Tratamiento y Rehabilitación	82251	77171	94%
Cirugía Menor	750	712	95%
Conos Loop	99	89	90%
Crioterapias	99	141	142%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	3,405	4,148	122%
Hemodiálisis	24	0	0%
Inhaloterapias	1,125	878	78%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	15,999	12,821	80%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	57,000	57,758	101%
Terapias Respiratorias	3,750	624	17%
Trabajo Social	8289	8457	102%
Casos Atendidos	8,289	8,457	102%

TABLA 15

Actividades	ENERO MARZO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	127,074	99,036	78%
Hematología	30,987	28,373	92%
Consulta Externa	4,998	6,001	120%
Hospitalización	19,338	14,952	77%
Emergencia	5,469	6,292	115%
Referido / Otros	1,182	1,128	95%
Inmunología	8,862	6,965	79%
Consulta Externa	1,320	1,320	100%
Hospitalización	5,400	3,689	68%
Emergencia	1,284	1,229	96%
Referido / Otros	858	727	85%
Bacteriología	7,728	5,407	70%
Consulta Externa	474	259	55%
Hospitalización	5,847	4,298	74%
Emergencia	1,020	544	53%
Referido / Otros	387	306	79%
Parasitología	249	211	85%
Consulta Externa	123	93	76%
Hospitalización	75	65	87%
Emergencia	36	33	92%
Referido / Otros	15	20	133%
Bioquímica	39,408	37,698	96%
Consulta Externa	5,385	5,678	105%
Hospitalización	23,037	20,485	89%
Emergencia	7,392	7,584	103%
Referido / Otros	3,594	3,951	110%
Banco de Sangre	35,670	16,673	47%
Consulta Externa	10,623	5,115	48%
Hospitalización	22,173	9,652	44%
Emergencia	1,350	1,559	115%
Referido / Otros	1,524	347	23%
Urianálisis	4,170	3,709	89%
Consulta Externa	1,185	1,058	89%
Hospitalización	1,320	1,141	86%
Emergencia	1,605	1,483	92%
Referido / Otros	60	27	45%

Tabla 16

Actividades	ENERO MARZO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	583,524	553,583	95%
Alimentación y Dietas	207273	194264	94%
Hospitalización	103803	97132	94%
Medicina	684	826	121%
Cirugía	0	0	ND
Ginecología	1,617	2,986	185%
Obstetricia	5,481	5,840	107%
Neonatología	95,688	87,480	91%
Otros (Convenios)	333	0	0%
Lavandería	366,153	348,161	95%
Hospitalización	342,879	323,894	94%
Medicina	16,149	18,000	111%
Ginecología	100,905	56,994	56%
Obstetricia	153,834	172,165	112%
Pediatría	0	0	ND
Neonatología	71,769	76,735	107%
Otros (Convenios)	222	0	0%
Consulta	7257	6302	87%
Consulta Médica Especializada	7,257	6,302	87%
Emergencias	16017	17965	112%
Emergencias	16,017	17,965	112%
Mantenimiento Preventivo	99	129	130%
Números de Orden	99	129	130%
Transporte	9999	11029	110%
Kilómetros Recorridos	9,999	11,029	110%

VI. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA 17									
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	3	2	66%	En marzo 2020 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	1	1	100%	Los 3 productos de servicios finales tuvieron ajustes en las

1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	77,484	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	19,371	15,786	81%	metas, todos los 19 consultorios funcionando con reducción gradual en la carga de la emergencia. Los Servicios intermedios de apoyo diagnóstico y rehabilitación mejoraron su rendimiento por refuerzo en el registro de datos de producción en mes de marzo. Las metas de Servicios Generales tienen subregistro en alimentación y dietas.
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	39,792	%	SPME	Jefe de Emergencia	9,948	8,225	83%	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	42432	%	SPME	Jefe de la División Médica	10,608	7,713	73%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	471,204	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	117,801	110,982	94%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	508,296	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	127,074	62,317	49%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	1920,216	%	SPME	Jefe de División Administrativa	480,054	456,451	95%	
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)	5,388	%	SPME	U. de Planificación	1347	987	73%	Se ajustó la meta por reapertura de la Consulta Externa desde enero 2021.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	10,992	%	SPME	U. de Planificación	2,748	2,279	83%	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	1,800	%	SPME	U. de Planificación	450	386	86%	
2.1.4	Atención especializada del parto	5496	%	SPME	U. de Planificación	1374	1383	101%	
2.1.5	Atención especializada de Puerperio	3,996	%	SPME	U. de Planificación	999	638	64%	En el servicio de puerperio disminuyó la demanda por parto espontáneo
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología /U. De Planificación	3	3	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	3	3	100%	Durante el período de enero a marzo 2021 ocurrieron 3 muertes maternas, 1 menos que en 2020. 2 de las 3 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de hemorragia y la tercera murió por neumonía.
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,337	%	SPME	U. Planificación	1,084	1,095	101%	de 2017 a 2021, comparando el resultado de 2021, la mortalidad infantil en el hospital ha variado gradualmente cada año: incrementó 30% relación con 2017 y 2018, se redujo en -3% en relación con 2019, con incremento de 12% en relación con 2020 con una variación promedio al alza de 17% en el transcurso de los 5 años.
2.2.2	Monitoreo de la prematuridad y sus complicaciones	12	% de Variación	Informes	Depto. Neonatología	3	3	100%	
2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de Variación	Informes	Depto. Neonatología	3	3	100%	

2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	25	25	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	3	3	100%	En el contexto de la pandemia COVID 19 se incrementaron las medidas de bioseguridad por parte del personal.
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 aumentado en 2021. La variación en el total de egresos fue de -32% en 2021, sin embargo, la variación de las
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%	muerres totales se redujo en -8% y al desagregar por causas principales de muerte neonatal el impacto fue positivo al reducir en -13% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal y por malformaciones congénitas.
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	2,250	1,867	83%	Del período de enero a marzo de 2020 a 2021, los egresos por cáncer de mama se redujeron de 126 a 76, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 127 a 94, el cáncer de ovario de 106 a 69 y el cáncer de endometrio de 46 a 27. El incremento en el acceso a la quimioterapia ha sido un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,992	%	SPME	Médico encargado del programa	498	281	56%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	1200	%	Registros	Médico encargado del programa	300	301	100%	
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	3	3	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	2	2	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	3	3	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	1er. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
5	Objetivo: Controlar los factores de riesgo que impactan la salud de la mujer y el recién nacido desde la gestión de la salud ambiental dentro del hospital y el medio ambiente, como parte de la promoción de la salud en el hospital.								
5.1	Elaboración y evaluación de PAO 2020	1	PAO Elaborada	PAO 2020	Saneamiento Ambiental	1	1	100%	Registro incompleto de actividades en tabulador diario.
5.2	Resultado esperado: Calidad de agua para el consumo humano.								
5.2.1	Inspección al sistema de abastecimiento de agua intrahospitalario	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 24 de agua.	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.2.2	Toma y envió de muestras microbiológicas	24	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	6	7	150%	Lecturas de cloro fuera de norma, inexistencia de frascos para toma de muestras, entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.2.3	Toma y envió de muestras 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.	0	0	100%	
5.2.5	Toma y envió de muestras de pozo	3	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	1	100 %	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	180	180	100 %	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.	3	3	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4	Resultado esperado: Seguridad en el manejo de desechos bioinfecciosos y sustancias químicas.								
5.4.1	Supervisiones de áreas generadoras de DB	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 23 de Desechos Bioinfecciosos.	Saneamiento Ambiental.	3	3	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4.2	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias químicas.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental.	1	1	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.	0	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	3	2	67 %	
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.	9	15	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.	1	2	200 %	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	2	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.	0	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	1	100 %	Inasistencia de personal asignado, cambio de programación del uso del auditorio.
5.8.3	Capacitaciones externas	2	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	1	0	0 %	
5.8.4	Reuniones con comités.	24	Numero de reuniones programadas.	Acta de reuniones	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	6	4	67 %	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 %	Pendiente de trámite de placas.

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
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.	12	12	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual.