

Resolución Directoral

CUSCO

09 DIC. 2013

Visto el OFICIO N° 845-2013-GR CUSCO/DRSC-DESI-DSS.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, teniendo entre sus objetivos funcionales la conducción y planeamiento estratégico sectorial y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud; acotando en su Artículo 124° que en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud del nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, las medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, por su parte el numeral 18.1 del artículo 18° de la Ley N° 27783- Ley de Bases de la Descentralización establece que los Gobiernos Regionales elaboran y aprueban los Planes Regionales de Desarrollo, tomando en cuenta su visión y planes de desarrollo de mediano y largo plazo del nivel regional y local, el mismo que debe garantizar el desarrollo sostenible.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, del 27 de marzo del 2009, se aprobó el Documento Técnico "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015", cuyo Resultado Esperado N° 8 responde a la necesidad del Sector Salud de contar con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, que proporcione información permanente, veraz y oportuna en todos los niveles para la toma de decisiones.

Que, la Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, reconoce que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única Autoridad de Salud en cada Gobierno Regional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, del 27 de marzo de 2009, se aprobó el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015", cuyo Resultado Esperado N° 8 responde a la necesidad del Sector Salud de contar con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, que proporcione información permanente, veraz y oportuna en todos los niveles para la toma de decisiones.

Que, dentro de este contexto es necesaria la aprobación de la DIRECTIVA PARA LA VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD FETAL, NEONATAL, MATERNA EXTREMA, con el objetivo de establecer pautas técnicas para un adecuado manejo de las gestantes, puérperas, fetos o neonatos que presenten una movilidad extrema.

Que, el uso de las facultades administrativas delegadas mediante Ley N° 27783 Ley de Bases de la descentralización, Ley N° 27867 Ley orgánica de los Gobiernos Regionales.

Teniendo el visto bueno de la Oficina de asesoría Jurídica de la Dirección Ejecutiva de Administración.

DIRECTOR REGIONAL



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCION GENERAL
DIRECCION EJECUTIVA DE INTELIGENCIA SANITARIA



"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE LA INVERSION PARA EL DASARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Cusco, 22 NOV 2013

OFICIO Nro. 295 2013-GR. CUSCO-DRSC.DEIS

ASUNTO : Proyecto de Resolucion.
A : Director Regional de Salud.
DE : Director Ejecutivo de Inteligencia Sanitaria.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y manifestarle que la Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria a través de la Dirección Epidemiología e Investigación, solicita el proyecto la Resolución de la Directiva de Morbilidad, Fetal, Neonataly Materna Extrema, para su aprobación del documento en mención.

Por lo que solicito a usted, la autorización del Proyecto de Resolución.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
DIRECCION EJECUTIVA DE INTELIGENCIA SANITARIA
X
Dr. José Benigno Villasante
C.M.P. 27362
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
Dirección Regional de Salud
DIRECCION GENERAL

PARA:

- | | | | |
|---------------------------|-----|-----------------------|-----|
| 1.- Ejecutor | () | 5.- Informar | () |
| 2.- Tomar nota y archivar | () | 6.- Archivar | () |
| 3.- Su conocimiento | () | 7.- Preparo Respuesta | () |
| 4.- Opinión | () | 8.- Observaciones | (X) |

OBSERVACIONES

FECHA 22/11/13 FIRMA
10:55 /m

c.c.: arch
JEBV/rmbm
C..22/11/2013



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



DIRECTIVA SANITARIA N° 001-2013-GR CUSCO- DRSC-DEIS-EPI.

PARA LA VIGILANCIA DE MORBILIDAD FETAL, NEONATAL MATERNA EXTREMA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INTELIGENCIA SANITARIA.
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD INDIVIDUAL.
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA.
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CUSCO
2013



Dr. MARIO CORNEJO PORTILLO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO.

Dr. JULIO CESAR VARGAS TRUJILLO.
SUB DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO.



Dr. JOSE ELISEO BERNABLE VILLASANTE
DIRECTOR EJECUTIVO DE INTELIGENCIA SANITARIA

Dr. MARCO ANTONIO CARRASCO GAMARRA.
DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD INDIVIDUAL.

Dr. REYNALDO CABRERA BERROCAL.
DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA.



LIC. ANGÉLICA ZAPATA CARDENAS.
DIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Dr. KATIA TRUJILLO PERALTA.
OBST. VALERIA ALFARO GONZALES.
OBST. VANESSA TACO SUTTA



EQUIPO DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



MINISTERIO DE SALUD.
GOBIERNO REGIONAL CUSCO.
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD.
Av. De la Cultura s/n
Teléfono: 084 - 581560 084 - 581563
www.diresacusco.gob.pe
Email: epicusco@dge.gob.pe

Responsables de la edición y revisión final:

Dr. Marco Antonio Carrasco Gamarra: Director Ejecutivo de Salud Individual.

Dr. Reynaldo Cabrera Berrocal: Director de Epidemiología.

Dr. Katia Trujillo Peralta, obst. Valeria Alfaro Gonzales, obst. Vanessa Taco Sutta: Equipo de la ESRSSR.



PRESENTACIÓN

La mortalidad Fetal/Neonatal y Materna son una prioridad de Salud Pública en nuestra Región, no solamente por ser determinantes del nivel de desarrollo alcanzado y estar incluida en las metas y objetivos del milenio, sino porque es un compromiso de la DIRESA-CUSCO de mejorar la salud de las madres y niños, que son el futuro del desarrollo y la base para la construcción de una sociedad con un mayor potencial.

La morbilidad y mortalidad fetal/neonatal y aún más la morbilidad y mortalidad materna son eventos graves, con repercusión en la estabilidad del núcleo familiar y la sociedad en la cual se producen; en su presentación influyen factores relacionados con el estado de salud de la gestante y su conducta reproductiva, así como la indiferencia ante la muerte fetal/neonatal y materna derivadas del contexto social, cultural, económico, legislativo y político; la normatividad vigente y las prácticas en salud, condicionan el acceso, la oportunidad, integralidad y calidad de los servicios prestados.

La razón de mortalidad fetal/neonatal y materna ha sido desde tiempo atrás un indicador de desarrollo de los países y regiones y una medida de la calidad de los procesos de atención prenatal y atención del parto.

El deceso fetal/neonatal y materno representa el estado final de la progresión natural de un evento durante la gestación, atención de parto y puerperio pasando por la Morbilidad Fetal/Neonatal y Materna Extrema (MFNME), que antecede a la mortalidad en la mayoría de casos. Conocer el perfil de la MFNME como evento anticipatorio, permite desencadenar mecanismos de alarma institucionales para favorecer la atención del feto, recién nacido y las mujeres con MFNME, que nos permitirá estimar un cuidado obstétrico esencial y servicios de soporte demandados con mayor frecuencia así como conocer las principales amenazas para la salud del feto, recién nacido y la madre.

Por todo esto y con la tarea de normar, la DIRESA-CUSCO, ha elaborado la presente Directiva Sanitaria Regional con el objetivo de contar con un documento metodológico y conceptual que permita orientar a los Establecimientos de Salud para la Vigilancia de la Morbilidad Fetal/Neonatal y Materna y de esta manera anticipar los eventos adversos con la finalidad última de disminuir la tasa de mortalidad Fetal/Neonatal y Materna en nuestra Región.

Esperamos que este aporte motive para establecer metodologías de trabajo acorde a cada realidad local y de esta manera alcanzar los objetivos que se desean.

Dr. Mario Cornejo Portillo.
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO

INDICE

PAG

INDICE.....	2
I.- ANTECEDENTES.....	3
II.- JUSTIFICACIÓN.....	3
III.- FINALIDAD.....	4
IV.- OBJETIVOS.....	4
IV.1.-Objetivo general.....	4
IV.2.-Objetivos específicos.....	4
V.- AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
VI.- BASE LEGAL.....	5
VII.- DISPOSICIONES GENERALES.....	6
VII.1.- DEFINICIÓN DEL EVENTO DE MFNME.....	6
VII.2.- DEFINICIONES OPERATIVAS.....	6
VII.3.- DEFINICIÓN DE CASO.....	6
VII.3.1.-MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POTENCIAL.....	7
VII.3.2.-MORBILIDAD MATERNA EXTREMA PRESENTE.....	8
VII.3.3.-CONDICIONES QUE PREDISPONEN UNA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA.....	9
VII.3.4.-MORBILIDAD FETO/NEONATAL EXTREMA POTENCIAL.....	9
VII.3.5.-MORBILIDAD FETO/NEONATAL EXTREMA PRESENTE.....	9
VII.3.6.-CONDICIONES QUE PREDISPONEN A UNA MORBILIDAD FETAL NEONATAL EXTREMA.....	10
VIII.- LA ASIGNACION DE CAUSA Y CLASIFICACIÓN.....	11
IX.- DE LOS TIEMPOS Y PLAZOS PARA EL FLUJO DE INFORMACIÓN.....	11
X.- DEL RECONOCIMIENTO Y LAS SANCIONES.....	12
XI.- ANEXOS.....	13

VIGILANCIA DE MORBILIDAD FETAL, NEONATAL Y MATERNA EXTREMA (MFNME).

I.- ANTECEDENTES

La reducción de la mortalidad materna, fetal y neonatal ha sido lenta en muchos países y aún requiere intervenciones vigorosas para reducirla. En nuestro país existe una reducción de la razón de mortalidad materna observada desde el año 2000 (185 muertes maternas por cada cien mil nacidos) al año 2012 (93 muertes maternas por cada cien mil nacidos). Según ENDES la tasa de mortalidad neonatal para el país es de 9 por mil nacidos vivos y el 2011 es de 8 por mil nacidos vivos.

En nuestra región en los últimos cinco años de 88 muertes maternas por cien mil nacidos el 2008 estas se han incrementado a 109 muertes maternas por cien mil nacidos para el año 2012, una clara evidencia que en estos últimos años se ha incrementado la mortalidad. En cuanto a la tasa de mortalidad perinatal se encuentra estancada, siendo de 23 por mil nacidos vivos el año 2010, de 24 por mil nacidos vivos el año 2011 y de 23.8 por mil nacidos vivos el año 2012, mientras que algo similar ocurre con la mortalidad neonatal que en estos últimos tres años se mantiene de 12.4 el año 2010; 13.2 el año 2011 y de 12.7 el año 2012 evidenciando de igual forma un estancamiento.

II.- JUSTIFICACIÓN

La mortalidad fetal, neonatal y materna son consideradas la punta del iceberg, por lo tanto significa que la amplia base del iceberg es la MORBILIDAD FETAL/NEONATAL y MATERNA, la cual permanece aún sin vigilancia efectiva.

La vigilancia de la morbilidad fetal, neonatal y materna como complemento a la vigilancia de la mortalidad fetal, neonatal y materna, permite la elaboración de nuevos indicadores para evaluar la calidad del cuidado que reciben las gestantes, fetos y recién nacidos, tales indicadores son, entre otros: la relación de casos de morbilidad fetal, neonatal y materna extrema.

La OMS ha definido Near Miss (casi pérdida) materna como: "Una mujer que sobrevive a una situación en la que estuvo cercana a la muerte por una complicación del embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo".

Nosotros estamos adicionando el concepto de near miss fetal y neonatal a aquellos productos que presentan factores de riesgo potenciales o reales que ponen en riesgo la salud del feto o del recién nacido, que si no son detectadas o intervenidas adecuadamente y oportunamente terminarán en una muerte fetal o neonatal o un daño neurológico severo.

La Dirección Regional de Salud, con el propósito de abordar la morbilidad fetal, neonatal y materna, como una intervención fundamental antes de que se produzca el daño irreversible, la muerte, dispone que todos sus Establecimientos de Salud deberán realizar la búsqueda, evaluación, notificación, intervención y monitoreo inmediata de la morbilidad fetal, neonatal y materna extrema, lo que permitirá: mejorar la atención para la salud del feto, neonato y de la madre y con ello, reducir la mortalidad fetal, neonatal y materna.

La Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Fetal, Neonatal y Materna Extrema, se define como el "componente del Sistema de Información de Salud, que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas y la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y períodos determinados, con el objeto de contribuir al desarrollo de las medidas necesarias para su prevención".

III.- FINALIDAD.

Contribuir a la implementación de la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Fetal, Neonatal y Materna Extrema, con el componente del Sistema de Información de Salud, que facilita la identificación de la vulnerabilidad y el riesgo, lo que permitirá la reducción de la mortalidad fetal, neonatal y materna en nuestra Región.

IV.- OBJETIVOS

IV.1.-Objetivo general

Realizar la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Fetal, Neonatal y Materna Extrema, que permita identificar los casos con un factor o complicación grave real o potencial que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio o los primeros 28 días de vida del Recién Nacido, en la cual estuvo en riesgo su vida y que si no es atendido oportuna y adecuadamente puede terminar en muerte.

IV.2.-Objetivos específicos

- Identificación y notificación inmediata obligatoria del 100% de casos de MFNME que ocurren en nuestros diferentes establecimientos de salud (Hospitales, Redes, Micro Redes y Puestos de Salud).
- Identificar oportunamente cada caso de MFNME para activar la respuesta institucional que permita resolver la complicación y evitar un desenlace fatal.
- Hacer los análisis individuales de MFNME, a nivel institucional, en busca de puntos críticos durante la atención en salud, susceptibles de mejora, mediante la metodología de las demoras o retrasos.
- Realizar la caracterización epidemiológica de la MFNME a partir del análisis individual y colectivo de casos para la formulación de planes de mejoramiento institucionales como apoyo al fortalecimiento de la garantía de calidad de la atención obstétrica neonatal.

V.- AMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Normativa es de alcance Regional, para todos los Establecimientos de Salud.

VI.- BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley de Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA. Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE. V01. Que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA. Norma Técnica N° 078-MINSA/DGE-V01. Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA. Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA. Norma para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA. Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna Perinatal.
- Resolución Ministerial 634-2010/MINSA. Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna.
- Resolución Directoral N° 889-2006-DRSC/DEGDRH. Directiva para el Monitoreo y Seguimiento de Gestantes, Puérperas, Recién Nacidos.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba las Trece Guías Técnica (12 Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) para la atención del Recién Nacido.
- Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015".
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los "Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal"
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 029-2006-GR Cusco/PR Aprobatorio del R.O.F. de la Dirección Regional de Salud Cusco.

VII.- DISPOSICIONES GENERALES.

VII.1.- DEFINICIÓN DEL EVENTO DE MFNME.

Es una vulnerabilidad, riesgo o condición, que ocurre durante la gestación, parto y puerperio, que involucra a la madre y al perinato que pone en riesgo su vida y requiere de una atención inmediata o vigilancia permanente con el fin de evitar la muerte.

VII.2.- DEFINICIONES OPERATIVAS.

a) Morbilidad Fetal, Neonatal y Materna Extrema Potencial (MFNMEPo).-

Es la presencia de un factor de riesgo en una mujer en edad fértil, gestante, puérpera, feto o recién nacido que si no es neutralizado o monitorizado puede desencadenar en una muerte.
Ejemplo:

Gestante con antecedente de parto domiciliario.
Amenaza de parto prematuro sin corticoides.
Gestante adolescente.
Gestante múltipara.

b) Morbilidad Fetal, Neonatal Materno Extrema Presente (MFNMEPr).-

Es una morbilidad presente en una gestante durante su embarazo, parto o puerperio así como del feto o recién nacido que conlleva a un peligro de su vida que si no son manejados adecuada y oportunamente pueden desencadenar en su muerte.
Ejemplo:

Hemorragias durante la gestación, parto y puerperio.
Gestante con elevación de la presión arterial.
Recién nacido con crecimiento inadecuado no recuperado.
Presentación distósica.

c) Condiciones Extremas que predisponen una Morbilidad Fetal, Neonatal Materna Extrema (CMFNME).-

Son situaciones relacionadas a accesibilidad geográfica, condición socioeconómica y factores relacionados a los Servicios de Salud que brindan atención del feto, recién nacido o de la madre que si no son corregidos en forma oportuna puede desencadenar en una muerte.
Ejemplo.

Parto en una EEES 1-4 sin acceso razonable a sangre segura
Referencia de un recién nacido prematuro con SDR sin oxígeno.
Falta de ambulancia o choferes las 24 horas en centros donde se atienden partos.

VII.3.- DEFINICIÓN DE CASO

Presencia durante el embarazo, parto o puerperio inmediato así como del feto o recién nacido de una o más de las condiciones descritas a continuación:

VII.3.1.-MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POTENCIAL.

1. **ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:**

Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y puerperio.

2. **GESTANTE ADOLESCENTE:**

Es aquel embarazo que se produce en una mujer entre los 10 a 19 años.

3. **PRIMIGESTANTE AÑOSA:**

Mujer mayor de 35 años sin ningún embarazo anterior.

4. **MULTIGESTA AÑOSA :**

Mujer mayor de 35 años con más de 4 partos por vía vaginal.

5. **MEF QUE ABANDONÓ SU PLANIFICACIÓN FAMILIAR:**

Mujer en Edad Fértil que recibiendo un método de planificación familiar abandona dicha planificación.

6. **GESTANTE CON ATENCIÓN DE PARTO SIN CONTROL PRE NATAL:**

Mujer en trabajo de parto con ningún control prenatal.

7. **ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO:**

Parto anterior atendido por familiar en su domicilio.

8. **GESTANTE CON CAPTACIÓN TARDÍA:**

Captación de la gestante al EEES a partir del segundo trimestre.

9. **HOSPITALIZACIÓN MAYOR A 24 HORAS:**

Puérpera de un trabajo de parto aparentemente eutócico que permanece hospitalizada más de 24 horas.

10. **PUÉRPERA QUE REINGRESA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

Puérpera que habiendo sido dado de alta reingresa al Establecimiento de Salud.

11. **GESTANTE CON CONDUCTA DE RECHAZO A UNA REFERENCIA ASOCIADA A UN FACTOR DE RIESGO.:**

Gestante que no acepta una referencia a otro Establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

12. **GESTANTE REFERIDA SIN SEGUIMIENTO POR PERSONAL DE SALUD.**

VII.3.2.-MORBILIDAD MATERNA EXTREMA PRESENTE.

1. HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO:

Aborto.- Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor a 500gr.

2. HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO:

Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto. (Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, Rotura Uterina).

3. HEMORRAGIA INTRAPARTO Y POSTPARTO:

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. (Retención de placenta, atonía uterina, Hemorragia postparto tardía).

4. SHOCK HIPOVOLÉMICO:

Síndrome clínico caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo)

5. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:

Aparición de la presión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. (Preeclampsia, Eclampsia, Hipertensión transitoria de la gestación, Hipertensión crónica, Hipertensión crónica más preeclampsias sobre agregada).

6. SEPSIS EN OBSTETRICIA: (Sepsis, Shock séptico).

Sepsis.- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado. Sépsis severa.- Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteración de conciencia.

Shock séptico.- estado de choque asociado a una sepsis.

7. DISTOCIA DE PRESENTACIÓN:

Anormalidades en el mecanismo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

8. TRABAJO DE PARTO PROLONGADO:

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas. Lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partogramase desvía hacia la derecha.

9. GESTANTE/PUERPERA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR CUALQUIER CAUSA.
10. PARTO DOMICILIARIO:
Gestante con o sin control prenatal que da su parto en su domicilio y que es atendido por familiar, partera y profesional de salud.
11. MEF QUE ES HOSPITALIZADO, INDEPENDIENTE DEL MOTIVO DE INGRESO.
12. AMENAZA DE PARTO PREMATURO.
13. GESTANTE O PUERPERA QUE ES DADO DE ALTA CON DIAGNOSTICO GINECO-OBSTETRICO.

VII.3.3.-CONDICIONES QUE PREDISPONEN UNA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

1. ATENCIÓN DE PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE CATEGORIA I-1, I-2, I-3.
2. ATENCION DE PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN ACCESO A SANGRE SEGURA.
3. ATENCIÓN DE PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN ACCESO A TRANSPORTE ASISTIDO, 24 HORAS AL DIA.
4. ATENCION DE PARTO POR PERSONAL NO CALIFICADO:

Personal de salud de un Establecimiento de Salud que no está calificado para atención de parto según la normativa vigente.

VII.3.4.-MORBILIDAD FETO/NEONATAL EXTREMA POTENCIAL

1. ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA GESTACIÓN/PARTO ACTUAL O ANTERIOR.
2. ANTECEDENTE DE COMPLICACION DEL FETO ACTUAL O SUS HERMANOS.
3. ANTECEDENTE DE COMPLICACION EN EL RECIEN NACIDO O SUS HERMANOS
4. ANTECEDENTE DE MUERTES FETALES/NEONATALES.

VII.3.5.-MORBILIDAD FETO/NEONATAL EXTREMA PRESENTE

1. RECIEN NACIDO PREMATURO, SIN USO DE CORTICOIDES:

2. RECIÉN NACIDO PREMATURO:

Es el recién nacido vivo con edad gestacional menor de 37 semanas ó 259 días.

3. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO:

Es el retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.

4. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:

Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

5. SEPSIS NEONATAL:

Es la infección de la sangre que ocurre en un Recién nacido de menos de 28 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre entre los días 8 y 28.

6. RECIEN NACIDO CON SIGNO DE ALARMA (AIEPI):

Que presenta uno o más de los siguientes signos: No succiona o succión débil, convulsiones, movimientos solo al estímulo, frecuencia respiratoria $\geq 60/\text{min.}$, tiraje intercostal severo, temperatura ≤ 35.5 , temperatura ≥ 37 .

7. RECIEN NACIDO PRODUCTO DE PARTO DISTOCICO:

Recién nacido que nace de un parto complicado.

8. RECIEN NACIDO CON HIPOTERMIA:

Recién nacido con una temperatura corporal anormalmente baja; menor a 36.5°C

9. RECIEN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL:

Si el peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

10. RECIEN NACIDO CON LACTANCIA ARTIFICIAL:

Recién nacidos que no reciben lactancia materna exclusiva.

11. RECIEN NACIDO DE PARTO DOMICILIARIO:

Nacidos en domicilio.

12. RECIEN NACIDO CON CRECIMIENTO INADECUADO EN EL PRIMER MES DE VIDA

VII.3.6.-CONDICIONES QUE PREDISPONEN A UNA MORBILIDAD FETAL NEONATAL EXTREMA

1. RECIEN NACIDO REFERIDO SIN OXÍGENO, SIN INCUBADORA NI EQUIPO DE REANIMACION.
2. NACIMIENTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE REANIMACION BÁSICA.
3. NACIMIENTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE TRANSPORTE ASISTIDO.

VIII.- LA ASIGNACION DE CAUSA Y CLASIFICACIÓN

- **Causa principal de morbilidad:** definida como la afección primaria causante de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la gestante, feto o recién nacido, o la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la morbilidad.
- Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera la mayor causante del uso de recursos.
- **Otras causas:** aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento de la gestante, feto o recién nacido.

Para cumplir los objetivos descritos en la presente, se fortalecerá:

1. **La vigilancia del Morbilidad Fetal Neonatal Materna Extrema potencial** en todos los Establecimientos de Salud de nuestra Región.
2. **La vigilancia de Morbilidad Fetal Neonatal Presente** en todos los Establecimientos de Salud de nuestra Región.
3. **La vigilancia de las Gestantes, fetos o recién nacidos con condiciones extremas** que predisponen a una Morbilidad Fetal Neonatal Materna Extrema en todos los Establecimientos de Salud de nuestra Región.
4. Será obligatorio el uso de brazalete de color **AMARILLO** a toda gestante que sea referido u hospitalizado en un EE.SS. de mayor capacidad resolutive (Hospital II-1 y III-1).

Toda gestante mayor o igual a 37 semanas de gestación captado con morbilidad extrema potencial y presente, debe ser referido inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive y acompañado en forma obligatoria con un personal profesional del Establecimiento de salud.

IX.- DE LOS TIEMPOS Y PLAZOS PARA EL FLUJO DE INFORMACIÓN:

1. La Notificación de la Morbilidad Fetal, Neonatal, Materna Extrema Potencial y la Morbilidad Fetal, Neonatal, Materna Extrema Presente se **realizará en forma inmediata** de los Establecimientos de Salud a las Unidades Ejecutoras las que informarán inmediatamente a la DIRESA Cusco (Estrategia Sanitaria de Salud Sexual Reproductiva, Responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Dirección de Inteligencia Sanitaria).
2. El personal que atienda y diagnostique a una gestante mayor o igual a 37 semanas de gestación o un recién nacido con morbilidad extrema potencial, debe **notificar inmediatamente** al jefe del Establecimiento de Salud y paralelamente notificar a la MicroRed, Red y DIRESA Cusco (Estrategia Sanitaria de Salud Sexual Reproductiva, Responsable del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Dirección de Inteligencia Sanitaria).

3. La notificación de las gestantes con condiciones que predisponen a una Morbilidad Fetal, Neonatal y Materna Extrema realizará en forma semanal junto con el VEA.

X.- DEL RECONOCIMIENTO Y LAS SANCIONES.

El cumplimiento de la Directiva y las acciones de mejora con resultados óptimos del manejo de casos de Morbilidad Fetal Neonatal Materna Extrema generarán un reconocimiento en el desempeño laboral mediante Resolución Directoral por el Director de la Unidad Ejecutora correspondiente.

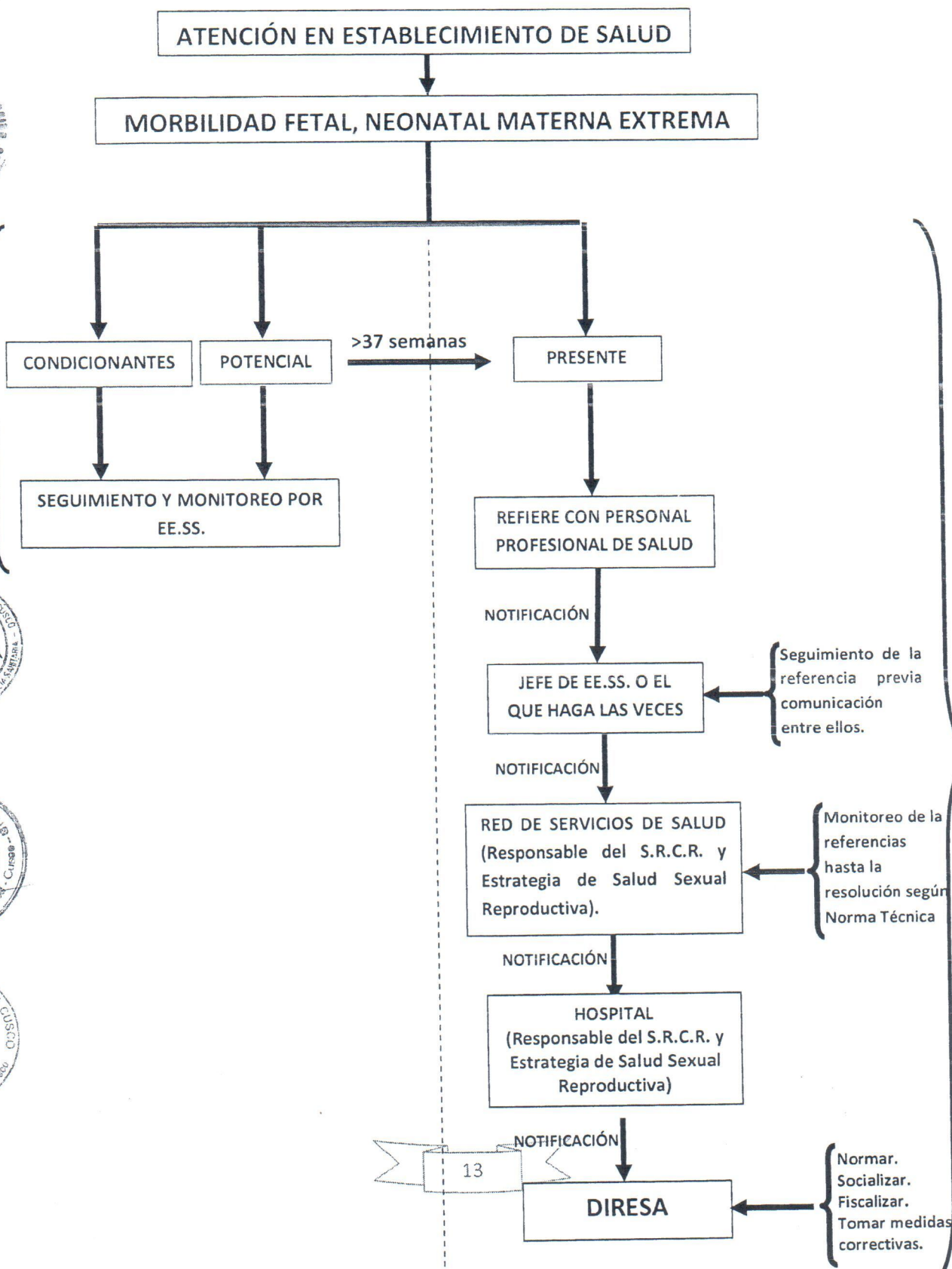
El incumplimiento de la Directiva y el manejo inadecuado de casos de Morbilidad Fetal Neonatal Materna Extrema que conlleve a consecuencias negativas o fatales para el paciente, generarán responsabilidad y sanciones administrativas previstas por Ley.

XI.- ANEXOS:
ANEXO 1

FLUXOGRAMA DE NOTIFICACION, MONITOREO Y SEGUIMIENTO

NOTIFICACIÓN SEMANAL

NOTIFICACIÓN INMEDIATA O DIARIA





FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA
DE MORBILIDAD FETAL NEONATAL MATERNA EXTREMA



FECHA DE NOTIFICACIÓN:

HORA: hh/mm

RED DE SALUD: _____

INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: ☐ MINSA ☐ ES SALUD ☐ SS.FF.PP. ☐ PRIVADO ☐ OTROS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

DATOS DE LA PACIENTE

EDAD

años

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

DOMICILIO:

Jr./Calle/Ave./Comité/Sector

No./Interior/Mz-Lote

Urb./AAHH./Barrio/Comunidad/Localidad

Teléfono

Distrito

Provincia

Departamento

DATOS DE LA PACIENTE CON MORBILIDAD FETAL NEONATAL MATERNA EXTREMA

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

semanas

LUGAR DE LA CAPTACION DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

NOMBRE DEL EE.SS. U OTRO LUGAR DE LA ATENCION

CATEGORIA EE. SS.								DOMIC	TRAYECTO	PRIVADO	OTRO EE.SS
I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2				

DISTRITO: _____

PROVINCIA: _____

DEPARTAMENTO: _____

EE.SS. DE DESTINO

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE RECIBE

DIA

HORA

PERMANENCIA EN EL EE.SS:

Nº DÍAS

HORAS

REFERIDA: SI ☐ NO ☐

EE.SS. ORIGEN DE REFERENCIA:

DIA

HORA

ACOMPAÑANTE: _____

MEDIO DE TRANSPORTE

DIAGNOSTICO O CAUSA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA POTENCIAL

ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS:

GESTANTE ADOLESCENTE

PRIMIGESTA AÑOSA

MULTIGESTA AÑOSA

MEF QUE ABANDONO SU PLANIFICACION

GESTANTE CON ANTECEDENTE DE PARTO SIN CPN

ANTECEDENTE DE PARTO DOMICILIARIO

GESTANTE CON CAPTACION TARDIA

HOSPITALIZACION MAYOR DE 24 HORAS

PUERPERA CON REINGRESO

GESTANTE CON CONDUCTA DE RECHAZO A UNA REFERENCIA

GESTANTE REFERIDA SIN PERSONAL DE SALUD

OTROS

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA PRESENTE

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

HEMORRAGIA INTRAPARTO Y POST PARTO

SHOCK HIPOVOLEMICO

TRANSTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

SEPSIS EN OBSTETRICIA

DISTOCIA DE PRESENTACION

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

GESTANTE O PUERPERA EN UCI

PARTO DOMICILIARIO

MEF HOSPITALIZADA

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

GESTANTE O PUERPERA QUE ES DADO DE ALTA CON DX GINECO-OBSTETRICO

OTROS

DIAGNOSTICO O CAUSA DE LA MORBILIDAD FETAL NEONATAL EXTREMA

MORBILIDAD FETAL NEONATAL EXTREMA POTENCIAL

ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN LA GESTACION/PARTE ACTUAL O ANTERIOR:

ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES DEL FETO ACTUAL O SUS HERMANOS

ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO O SUS HERMANOS

ANTECEDENTES DE MUERTES NEONATALES/ FETALES

OTROS

MORBILIDAD FETAL NEONATAL EXTREMA PRESENTE

RECIEN NACIDO PREMATURO SIN USO DE CORTICOIDES

RECIEN NACIDO PREMATURO

RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

SUFRIENTO FETAL AGUDO

SEPSIS NEONATAL

RECIEN NACIDO CON SIGNOS DE ALARMA

RECIEN NACIDO PRODUCTO DE PARTO DISTOSICO

RECIEN NACIDO CON HIPOTERMIA

RECIEN NACIDO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL

RECIEN NACIDO CON LACTANCIA ARTIFICIAL

RECIEN NACIDO DE PARTO DOMICILIARIO

RECIEN NACIDO CON CRECIMIENTO INADECUADO EN EL PRIMER MES DE VIDA

OTROS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL INFORMANTE

CARGO

FIRMA

(OBLIGATORIO CONSIGNAR NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA NOTIFICACIÓN Y FIRMA PARA TENER VALIDEZ)