

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO



PLAN DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL-2016

DR. Juan Carlos Becerra Flores

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL SJL

PERU

PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL - 2016

INTRODUCCION

Los resultados de la vigilancia epidemiológica de mortalidad perinatal y neonatal, esta información pueden ser utilizados para una variedad de propósitos, incluyendo estimaciones de la carga de mortalidad fetal neonatal, la identificación de prioridades en investigación, la evaluación de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud materna y reducir la mortalidad neonatal, la planificación y evaluación de los servicios de prevención y tratamiento, y el monitoreo de las tendencias de los resultados perinatales a través del tiempo.

La organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia; muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas. La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos y la calidad de la atención medica recibida.

La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en un área geográfica o en un servicio.

En general hay una reducción de la mortalidad en menores de cinco años. La tasa de mortalidad neonatal (TMN) mundial se redujo de 33 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 21 en 2013(36%), lo que se traduce en una reducción de las muertes neonatales de 4,6 millones en 1990 a 2,9 millones en 2013. El progreso en la reducción de la mortalidad neonatal ha sido más lento respecto a la reducción de la mortalidad en los menores de uno y cinco años. A nivel mundial, casi una cuarta parte de las muertes neonatales fueron causadas por Sepsis y meningitis (12%), neumonía (10%) o diarrea (2%) en 2013. otro 34 % de las muertes neonatales fueron causados por complicaciones de parto prematuro.

En el Perú en los últimos veinte años la mortalidad infantil y mortalidad neonatal han descendido significativamente. Actualmente la proporción de muertes de recién nacidos constituye el principal componente de la mortalidad de menores de un año. a tasa de mortalidad perinatal es de 23,1 muertes perinatales por 1,000 nacidos vivos:

Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud. Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigésima octava semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.

Al ser la mortalidad perinatal en nuestro país la primera causa de mortalidad infantil, es importante realizar la vigilancia epidemiológica de la muerte perinatal y neonatal en el Hospital San Juan de Lurigancho, que nos permitan conocer en detalle la etiología y precisar las estrategias de salubridad pública a tomar de acuerdo a las necesidades.

ANTECEDENTES

El Perú al igual que otros países necesita tener información actualizada acerca del perfil epidemiológico de la mortalidad a fin de implementar intervenciones acertadas en salud pública. Las defunciones fetales y neonatales forman parte del perfil de mortalidad del país que se requiere conocer.

La ocurrencia de defunciones fetales y neonatales son eventos de notificación obligatoria en el país desde el año 2010 y es la Dirección General de Epidemiología (DGE) la responsable de conducir el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SNVPN).

El 72,95 % de las defunciones fetales ocurrieron en el último trimestre (mayor de 28 semanas de gestación) y el 38,45 % fueron fetos con peso de 2500 a más gramos (g). El 52,3 % de defunciones ocurridas en el último trimestre tuvieron buen peso.

El 38 % del total de defunciones fetales notificadas se consideran defunciones evitables, dado que tuvieron ambas condiciones de supervivencia; ser mayor de 28 semanas de gestación y tener buen peso.

El 85,1 % de las muertes fetales son prenatales (ocurren antes del parto), mientras que 15 de cada 100 defunciones fetales son intraparto (ocurren durante el parto). Situación similar se observa en años anteriores.

El 30,85 % de las causas de defunción fetal que aparecen en el sistema de vigilancia son consignadas como "muerte fetal no especificada".

La hipoxia intrauterina, las malformaciones congénitas, la asfixia, las condiciones de la madre Según el estudio realizado por la DGE, con datos de la vigilancia epidemiológica, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) para el período 2011-2012 se estima en 12,8 por mil nacidos vivos, oscilando entre 12,3 y 13,2.

Aproximadamente un tercio de las muertes fetales y neonatales son prevenibles y dentro de ellas existe un componente de descuido por parte de la aciente al no solicitar y acudir a su control prenatal respectivo y un componente institucional más importante, representado por insuficiente (en algunos casos deficiente) control prenatal ya sea por debilidad en la detección de factores de riesgo o en la vigilancia del trabajo de parto. Los cuidados durante el período perinatal permiten identificar precoz y oportunamente las causas maternas y fetales que conllevan a una muerte fetal o neonatal. La vigilancia prenatal tiene gran impacto en la disminución de la muerte fetal neonatal, el cumplimiento en la frecuencia y calidad del control prenatal puede reducir de manera importante este componente de la mortalidad.

Las tres causas principales de las defunciones de recién nacidos en el país son la prematuridad inmadurez (28 %); infecciones (21 %) y asfixia (15 %). En los RN fallecidos con buen peso la primera causas de muerte es la asfixia. Para evitar las defunciones por asfixia perinatal se requiere una mejor atención durante el

parto, incluida la atención obstétrica y por parteras capacitadas para la reanimación neonatal.

Una elevada proporción de las defunciones de RN (65 %) tuvieron menos de 2500 g, es decir fueron de bajo o muy bajo peso, la mayoría de ellos prematuros. La mayoría de estas defunciones podría evitarse con sencillas medidas de atención preventiva como la aplicación de calor y la lactancia materna, junto con el tratamiento temprano de las infecciones. Sólo una pequeña minoría requiere cuidados intensivos costosos.

La mayoría de las muertes de los neonatos se pueden evitar ya que se cuenta con intervenciones eficaces bien documentadas en el ámbito científico internacional reconocido por la OMS. Todas estas intervenciones son sumamente económicas y su aplicación conjunta y vinculada con otros programas del sistema de salud permite una reducción adicional de los costos. Las intervenciones como iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del parto, asegurar una práctica correcta con el cordón umbilical ligándolo en el momento oportuno, mantener abrigado al bebé, reconocer señales de peligro y buscar ayuda, y brindar cuidados especiales a los bebés con bajo peso al nacer, es un ejemplo de medidas costo-efectivas que no incluyen medicamentos costosos ni tecnología compleja. Se sugiere continuar y fortalecer la implementación de la Norma Técnica de Salud 074 que establece el conjunto de intervenciones articuladas para a reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud en la familia y la comunidad.

BASE LEGAL

Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud”.

Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

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° 826-2005/MINSA que aprueba las “Normas para la Elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición Crónica infantil y salud materna neonatal.

Decreto Supremo N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de Aplicación Obligatoria para todos los Establecimientos que Reciban Financiamiento del SIS.

Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA que amplía el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo N° 1 del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.”

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° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.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° 695-2006/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos”.

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 Ministerial N° 401-2007/MINSA, que aprueba la Directiva N° 111- MINSA-SIS-V.01 “Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA”

Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, aprueba la “Norma Técnica de salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal”.

SITUACION ACTUAL:

Durante el año 2015 el Hospital San Juan de Lurigancho. Presento las siguientes cifras en cuanto a mortalidad perinatal y neonatal.

DATOS DE MUERTE FETAL Y NEONATAL ENERO-DICIEMBRE DEL HSJL - 2015

Peso Denominación	Muerte Fetal			Muerte Neonatal (Según tiempo de vida del RN)			
	Ante parto	Intra parto	Total	< 24 horas	1 - 7 días	8 - 28 días	Total
500 - 999 grs	21		21	14	3		17
1000 - 1499 grs	8		8	2	2		4
1500 - 1999 grs	3		3		1		1
2000 - 2499 grs	5		5	2			2
2500 - 2999 grs	6		6		1		1
3000 grs	13		13	1			1
TOTAL	56	0	56	19	7	0	26

Fuente: Unidad de Epidemiología Salud Ambiental (vigilancia epidemiológica)

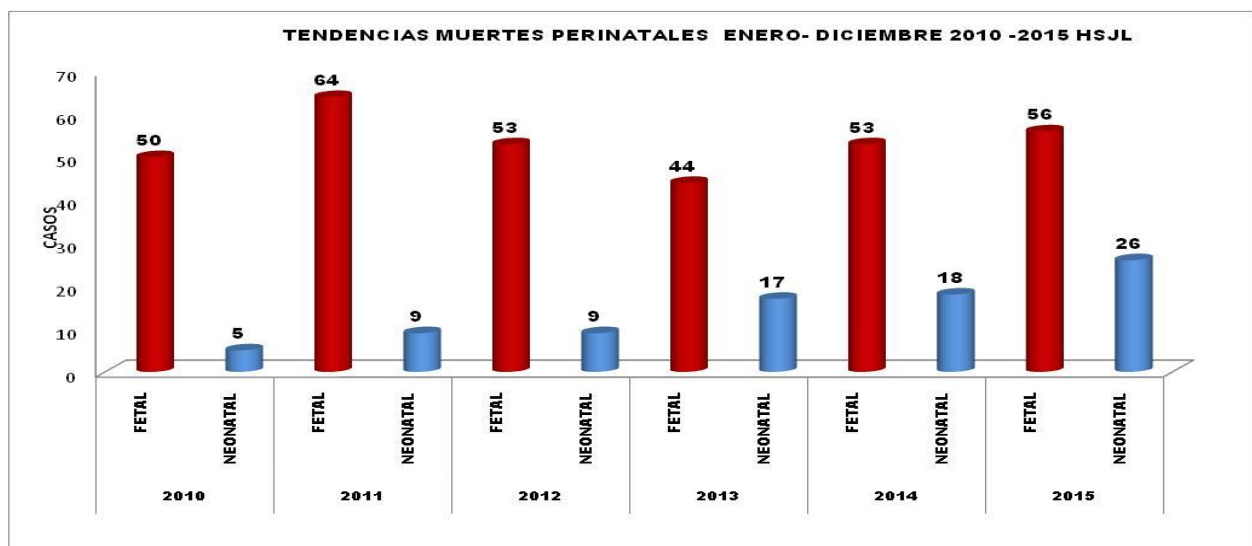
En el hospital SJL se notificaron 82 casos de muerte perinatal, representando el 68.29%(56 casos) son fetales y el 31.71%(26 casos) son neonatales. Observamos que el 37.5%(21) de las muertes fetales son menores de 1000gr, y mayor a 2500 gr representa el 32.93%(19).

TASAS DE MORTALIDAD	Número
1.-Número de muertes Fetales	56
2.-Número de Muertes Neonatales hasta los 7 días de vida.	26
3.-Número de nacimientos	5368
4.-Número de nacidos vivos admitidos a hospitalización (RN en el mismo hospital +RN referidos de la comunidad u otro ES)	5316

Tasa de Mortalidad Fetal	10,43
Tasa de Mortalidad Neonatal	4,89
Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	1,13
Tasa de Mortalidad Neonatal Tardia	0,18811
Tasa de Mortalidad Perinatal	15,28

Fuente: Unidad de Epidemiología Salud Ambiental (vigilancia epidemiológica)

La tasa de mortalidad perinatal en el HSJL en el 2015 es de 15.28 x 1000nv, la tasa de mortalidad neonatal es 4.89 x 1000 nacidos vivos; y la mortalidad fetal es de 10.43 x 1000 nacidos vivos. En relación al año 2014 hubo un incremento del 4% en la tasa perinatal.



Fuente: Unidad de Epidemiología Salud Ambiental (vigilancia epidemiológica)

La tendencia a través de los años de la mortalidad neonatal se han incrementado con el 44.44%(8) , se observa la tendencia de la mortalidad perinatal variable así para el año 2011 un incremento del 32.73%(18) en relación al año 2010, en el 2012 hubo un descenso del 15.07%(11) respecto al 2011, en el año 2013 se observa un descenso del %(11) en relación al 2011, en el 2013 ligero descenso del 1,61%(1) en relación al 2012; en el 2014 hay un incremento del 16.39%(10) en relación al año 2013 y para este 2015 tambien un incremento del 15.49%(11) en relación al 2014.

Observamos que la causa más frecuente en la mortalidad neonatal es prematuridad representando el 72,2%(13), y el total corresponde a muy bajo

CAUSAS DE MUERTE NEONATAL								
CAUSAS DE MUERTE	MUY BAJO PESO		BAJO PESO		PESO NORMAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prematuridad	12	63,2	1	16,6667		0	13	50,0
sepsis bacterian RN		0,0	2	33,3333		0	2	7,7
insuficiencia respiratoria	7	36,8	1	16,6667		-	8	30,8
Cardiopatía congénita		0,0		0	1	50,00		0,0
depresión severa		0,0	1	0		-	1	3,8
Paro cardiorespiratorio		0,0	1	0		-	1	3,85
hemorragia masiva		0		0	1	50	1	3,8
TOTAL	19	100	6	100	2	100	26	100

peso.

En la mortalidad fetal la causa más frecuente es desconocida con el 66%(35)

CAUSAS DE MUERTE FETAL								
CAUSAS DE MUERTE	500-1499		1500-2499		2500 a más		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desconocido	25	100,0	10	91	18	90	53	94,6
Malformación congénita		0,0	1	9,09		-	1	1,8
Sufrimiento fetal agudo		0,0		-		0,00	0	0,0
Prematuridad		0,0		-		0,00	0	0,0
Distocia funicular		0,0		-		0,00	0	0,0
Preeclampsia		0,0		-	2	10,00	2	3,6
Desprendimiento PP		0,0		-		-	0	0,0
Insuficiencia placentaria		0,0		-		-	0	0,0
TOTAL	25	100	11	100	20	100	56	100

OBJETIVO GENERAL

Contribuir con la reducción de la morbi-mortalidad perinatal y neonatal en el Hospital San Juan de Lurigancho identificando factores de riesgo de la mortalidad perinatal y neonatal, disponiendo de información oportuna para una adecuada toma de decisiones sanitarias, durante el año 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la magnitud, tendencias y causas de la mortalidad peri-neonatal.
2. Determinar la magnitud de las principales complicaciones neonatales en los recién nacidos admitidos al sistema hospitalario.
3. Promover el desarrollo de investigaciones epidemiológicas para la identificación de los determinantes de las muertes peri-neonatales, comportamiento epidemiológico y factores determinantes para establecer intervenciones de salud pública que contribuyan a su reducción.
4. Evaluar los resultados de las medidas de intervención sanitaria en salud materna y peri-neonatal

MARCO TEORICO DEFINICIONES

Investigación epidemiológica

Se denomina investigación epidemiológica al proceso que permite obtener información específica y relevante sobre factores y determinantes de morbilidad y mortalidad neonatal, que no es posible obtener por las otras estrategias de vigilancia.

Recién nacido o neonato

Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

Muerte Perinatal

Muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento, peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: peso al nacer, edad gestacional, talla, coronilla al talón¹

Muerte Fetal

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

Muerte Neonatal Precoz

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7

días de vida.

Muerte Neonatal Tardía

Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.

Bajo Peso al Nacer

Característica del recién nacido (vivo o muerto), que pesa al nacer menos de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional. La medición se realiza al momento del nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida del RN, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido.

Recién Nacido Prematuro

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

Complicaciones Neonatales

En el SSVEPN, se considera complicaciones neonatales bajo vigilancia a las siguientes entidades nosológicas: i) Asfixia del Nacimiento (CIE10: P2²), ii) Dificultad Respiratoria Neonatal (CIE 10: P22³) y iii) Sepsis Bacteriana del recién nacido (CIE 10: P36). Estas son las complicaciones más frecuentes e importantes predictores de posterior mortalidad y discapacidad.

Caso probable de Asfixia del nacimiento

Recién nacido con diagnóstico médico de Asfixia (hipoxia) y persistencia de un puntaje de Apgar de 0 a 3 a los 5 minutos.

Caso confirmado de Asfixia del nacimiento

Recién nacido con diagnóstico probable de Asfixia (hipoxia) y acidemia metabólica o mixta profunda (pH <7) en una muestra de sangre arterial de cordón umbilical durante la primera hora de nacido y/o secuelas neurológicas clínicas en el periodo neonatal inmediato que incluyen convulsiones, hipotonía, coma o encefalopatía hipóxico-isquémica

Caso Probable de Dificultad Respiratoria Neonatal

Recién nacido que presenta al mismo tiempo los siguientes 3 signos: i) aleteo nasal, ii) tiraje subcostal/intercostal, y iii) quejido espiratorio; con presencia o ausencia de cianosis

Caso confirmado de Dificultad Respiratoria Neonatal

Recién nacido con diagnóstico probable de Dificultad Respiratoria, asociado a estudios radiológicos.

Caso probable de Sepsis Bacteriana del Recién Nacido⁴

Recién nacido que presenta: Dos o más de los siguientes signos: Dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis y/o piel marmórea y/o trastornos gastrointestinales, vómito porráceo y/o íleo, y presenta además b) y c).

Uno o más factores de riesgo asociados para sepsis⁵, y al menos una de los siguientes resultados de laboratorio: Recuento de leucocitos anormales, relación neutrófilos inmaduro/neutrófilos totales > 0,16 (en las primeras 24 horas), VSG aumentada, proteína C reactiva positiva y otros métodos de ayuda diagnóstica positivos como radiografía.

Caso confirmado de Sepsis Bacteriana del recién nacido

Recién nacido con diagnóstico probable de Sepsis bacteriana y aislamiento del germen patogénico en cultivo de sangre o líquido céfalo raquídeo u orina.

La conducción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SSVEPN) está a cargo de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

El SSVEPN está integrado por todos los establecimientos de salud públicos y Privados contemplados en el ámbito de aplicación de la presente NTS.

La vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal, se realiza de acuerdo a las siguientes estrategias: i) Vigilancia epidemiológica universal de la mortalidad fetal y neonatal, ii) Vigilancia centinela, e iii) Investigación epidemiológica en hospitales.

Los casos bajo vigilancia epidemiológica universal son muerte fetal y muerte neonatal, que debe realizarse en todos los establecimientos de salud de país, independientemente de su nivel de complejidad. Los casos se notifican en forma.

Casos bajo Vigilancia epidemiológica Universal	Indicadores
Muerte Fetal.	Tasa de muerte Fetal.
Muerte Neonatal	Tasa de Muerte Neonatal.
	Tasa de Muerte Perinatal

De la Vigilancia Epidemiológica Universal de la Mortalidad Perinatal y Neonatal.

Recolección de información

En el nivel Institucional se realizará la detección y notificación de las muertes fetales y neonatales.

La Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal (Anexo 1), consta de los siguientes datos básicos: Identificación, sexo, edad gestacional, fecha y hora de nacimiento, fecha y hora de defunción, peso al nacer, tipo de muerte (fetal o neonatal), causa básica de muerte, horas y días de estancia hospitalaria, lugar de parto, momento de ocurrencia de la muerte y lugar de la muerte

Para el llenado de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal en los establecimientos de salud, se utiliza las siguientes fuentes de información: Libros y registros de muertes fetales y neonatales, libros de atención de partos, certificados de defunción, base de datos del SIS, historias clínicas, libros de atención de emergencias, libros de reportes operatorios, libros de hospitalización de los servicios de pediatría, UCI neonatal y neonatología, libro de egresos y otros disponibles.

Para las muertes ocurridas en el hogar o la comunidad, las fuentes de información podrán ser las entrevistas a los familiares y responsables de la atención del neonato, el agente comunitario de salud, partera u otra persona de la comunidad.

Los responsables de vigilancia epidemiológica en todo el hospital remitirán la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal según el flujo regular de la notificación obligatoria semanal [ver anexo 5].

ACTIVIDADES DEL COMITÉ.

- Elaborar y ejecutar el Plan anual de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Perinatal y Neonatal.
- Verificar la notificación y analizar cada caso de muerte perinatal y neonatal., ocurridas en el hospital San Juan de Lurigancho.
- Realizar reunión mensual, para analizar las muertes perinatales y neonatales.
- Clasificar las muertes según sus causas y determinar su evitabilidad en todos los procesos.
- Proponer acciones necesarias para prevenir la mortalidad perinatal y neonatal.
- Monitorear las implementaciones de las recomendaciones efectuadas.
- Retroalimentar al personal de salud con los resultados de la investigación, análisis y recomendaciones.
- Monitorear la consignación de datos correctos sobre muertes perinatales y neonatales en las historias clínicas y fichas epidemiológicas.
- Supervisar vigilancia clínica y epidemiológica de las muertes perinatales y neonatales y sus complicaciones neonatales.
- Analizar mensualmente todas las referencias de las emergencias obstétricas y perinatales.

