

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD FETAL
NEONATAL Y PERINATAL DISTRITO CHILCA-HUANCAYO
2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

MARISOL GUTIERREZ BELSUZARRI

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 349

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2198-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	14
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	16
3.1 Recolección de Datos	16
3.2 Experiencia Profesional	16
3.3 Procesos Realizados del Informe	21
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIALES	35
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad fetal, neonatal y perinatal es de gran importancia porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, mide el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros siete días de vida extrauterina

El presente informe de experiencia profesional titulado “Intervención de Enfermería en la Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad fetal, neonatal y perinatal Distrito Chilca 2014-2016”, tiene por finalidad fortalecer los sistemas de salud para asegurar el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos incluyendo atención calificada del parto y del recién nacido, contribuyendo a identificar oportunamente los factores de riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir la mortalidad perinatal, y disminuir los costos en salud, a fin de lograr captación temprana de gestantes que permita disminuir la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de los neonatos que son el futuro de nuestro país.

El contenido del presente informe consta, del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, seguido de los objetivos, justificación, antecedentes, marco conceptual, definición de términos, presentación de la experiencia profesional, resultados, conclusiones, recomendaciones, Referencias bibliográficas y finalmente un apartado de anexos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La organización Mundial de salud (OMS) estima que unos 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en el 2015 de las cuales cerca del 45% de las muertes se produce durante el periodo neonatal (1)

La cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,7 millones en 2015, sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2015 ha sido más lenta que de la mortalidad pos neonatal en menores de cinco años: 48% y 57% respectivamente (2)

En América Latina la reducción de la tasa de mortalidad neonatal, es de 55% pasando de 33 muertes por cada 1.0000 nacidos vivos en 1990 a 10 en 2012, es decir actualmente se registran aproximadamente 106 mil defunciones neonatales anualmente.

En el Perú la Tasa de mortalidad neonatal se redujo, según Endes 2012, en 67% y está directamente relacionada al incremento de la cobertura y mejora de la calidad de los cuidados prenatales y la atención del parto institucional (3)

En los últimos años la proporción de la mortalidad neonatal con respecto a la mortalidad infantil (menores de 1 año) se mantiene en un 50%. Es así que la mortalidad neonatal se ha configurado como una preocupación creciente para la salud pública del país al pasar a ser el principal componente de la mortalidad infantil debido a la reducción infantil más acentuada de la mortalidad pos neonatal (4)

Local

No habiendo estudio previo de mortalidad fetal, neonatal y perinatal en el distrito de Chilca-Huancayo ni en la región Junín es necesario el abordaje de este tema

1.2 Objetivos

Describir la intervención de enfermería en vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal neonatal y perinatal en el distrito de Chilca-Huancayo 2014-2016

1.3 Justificación

El periodo neonatal comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de vida, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en esta se dan los mayores riesgos de sobrevivencia muertes, enfermedades, complicaciones, secuelas lo cual será un factor decisivo en la calidad de vida del individuo, en su desarrollo físico, neurológico y mental condicionando su futuro.

La mortalidad perinatal es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores, fundamentalmente en la planificación sanitaria ya que corresponde a un importante indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y calidad de los servicios de salud.

El presente estudio se justifica porque el tema está dentro de los 4 objetivos de desarrollo del milenio según OMS, y en nuestra región ni en el distrito de Chilca no contamos con estudios referentes al abordaje de este tema. Comparando la tasa de mortalidad perinatal en el distrito de Chilca utilizando como denominador los nacidos vivos de partos atendidos en el MINSA, las tasas llegan al 30.6 X 1000 nacidos vivos superando al nivel nacional. Convirtiéndose en un problema de salud pública, el cual necesita mejorar los procesos de control prenatal, atención del parto y atención del recién nacido

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Pastor Montero, Sonia María. Abordaje de la pérdida perinatal Unidad Materno Infantil. Tesis doctoral. Ciudad de Córdoba. Hospital de Montilla. 2016 Estudio tipo cualitativo descriptivo concluyendo que la pérdida perinatal supuso una dura experiencia para los padres y un proceso de duelo difícil y solitario debido a la falta de apoyo emocional, así como la minimización de experiencia de pérdida y actitudes de los profesionales de la salud. Quienes reconocen sus limitaciones para abordar este tipo de situaciones y dar respuestas a las necesidades de los padres para favorecer un duelo saludable, la comprensión de los factores condicionantes proporcionó las claves para establecer una acción estratégica para dinamizar el cambio en la atención a la pérdida perinatal (5)

Jaramillo Mejía, Marta Cecilia. Situación de la mortalidad infantil. Tesis doctoral. Colombia. 2016 Estudio tipo retrospectivo de corte transversal se utilizaron las estadísticas vitales se trabajó con el total de nacidos vivos y fallecidos, La mortalidad infantil en Colombia tiene una tendencia al descenso, sin embargo, continúa siendo muy alta para el desarrollo del país. La tasa de mortalidad neonatal registrada es 8.38 por mil nacidos vivos (62.1%) y la pos neonatal de 5.16 por mil (37.9%), la edad de la madre de los niños está alrededor de 25 años, los niños fallecen en promedio con 1.3 meses, teniendo entre las primeras causas de mortalidad para el periodo neonatal, los problemas ocasionados por el embarazo y el parto, como la asfixia del recién nacido y las enfermedades congénitas. El 68% de la mortalidad es prevenible o parcialmente prevenible, Podemos

concluir que Colombia tiene grandes diferencias regionales de la mortalidad infantil, que están determinadas por el nivel educativo de las madres, las condiciones socioeconómicas, la disponibilidad y calidad de servicios de salud materno infantiles, tecnología necesaria o accesibilidad a servicios para el manejo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La clasificación de evitabilidad permitió identificar las causas prevenibles de mortalidad infantil y en las primeras 24 horas de vida, las cuales se deben centrar en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, durante el embarazo así como el monitoreo fetal y evaluación ecográfica para el trabajo de parto y atención de parto, así como camas de cuidado intensivo neonatal para atender los niños de muy bajo peso y corta edad gestacional, se requiere hacer intervención con políticas públicas, para mejorar el modelo de atención en salud(6)

Rifadura Pastor, Isabel. Interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes posnatales. Tesis doctoral. Barcelona. Hospital Materno Infantil 2015. Estudio prospectivo descriptivo aplicado a 70 mujeres con interrupción médica del embarazo tal como se observó la mayoría de participantes (71%) sufrieron una pérdida perinatal por interrupción médica del embarazo y se les practicó un parto (87%). El 20% de las mujeres habían presentado algún trastorno de ansiedad y/o duelo perinatal depresión previo a la pérdida y previo a las variables relacionadas con la asistencia médica recibida y la comunicación de la noticia, la mayoría se sentían informados (96%) y confiaban con el equipo médico (99%) se concluye que las puntuaciones más elevadas de duelo y depresión están presentes sobre todo en el primer tiempo tras la pérdida. La sintomatología propia del duelo disminuye progresiva y significativamente a lo largo de los tres seguimientos mientras que

para la escala de depresión la diferencia es solo significativa entre el mes y los 6 meses y el mes y el año (7)

Espinoza Montoya, Tania Teresa, Flores Paniagua Rudy Alexander. Factores biológicos socioculturales y económicos de la mortalidad perinatal. Tesis doctoral. Bogotá. Municipio de San miguel registrado en el Hospital Regional 2010-2011, Estudio descriptivo transversal aplicado al total de casos de muertes perinatales (31 casos), los factores biológicos que afectaron o contribuyeron fueron enfermedades nutricionales como la Anemia (6 casos) 19.35%, enfermedades metabólicas como la hipertensión arterial (7 casos) 22.58% y Diabetes Mellitus 5 casos 16.13%) y enfermedades propias del embarazo como la Pre eclampsia (4 casos 12.90%) siendo muy significativo este porcentaje ya que nos confirma que existe una relación directa de estas patologías con el incremento de la mortalidad perinatal, lo cual nos conlleva a poner más énfasis en la calidad de atención prenatal que deben de recibir estas pacientes. Del total de pacientes encuestadas solamente el 29.04% se encontraron en aparente buen estado de salud en su embarazo. Podemos concluir que algunos factores biológicos maternos influyen en la tasa de mortalidad perinatal como es la presencia de enfermedades crónicas, entre ellas la más significativa la Hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemias y enfermedad propia del embarazo preclampsia (8)

Antecedentes Nacionales

Sánchez Rodas Neil Giner Mortalidad perinatal en el hospital provincial Docente. Tesis pregrado. Lambayeque 2010-2014

Estudio retrospectivo descriptivo se consideró al total de neonatos que fallecieron durante el periodo perinatal durante los años 2010-2014, se determinó aquellos factores epidemiológicos, asociados a la mortalidad perinatal para medir la calidad de atención antes y durante el trabajo de parto y la atención inmediata del neonato, en tal sentido se presenta el análisis e interpretación de los resultados encontrados en concordancia a los objetivos propuestos. Podemos concluir que la incidencia global de mortalidad neonatal en el hospital provincial docente de Lambayeque 2010-2014 fue de 5.62 x 1000 nacidos vivos, mientras que la incidencia de mortalidad perinatal según edad gestacional fue: pre terminó 66.2%, a término 32.4% y post termino 1.35% correspondiendo el 56.7% a varones (9)

Gorriti Ssiapo, Carla María Catherine. Factores de riesgo asociados a mortalidad en recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital de apoyo. Tesis. Sullana 2012-2013

Estudio observacional retrospectivo analítico de casos y controles aplicados a 60 casos, el muy bajo peso al nacer es el principal factor que interviene en la mortalidad neonatal y en algunos problemas de salud a largo plazo como el retraso mental, la parálisis cerebral y deficiencias en la función del pulmón, de la vista y de la audición. Además el recién nacido de muy bajo peso (< 1,50 gramos), está asociado a prematurez por lo que su morbi mortalidad esta acentuada por este hecho. Podemos concluir que la edad gestacional menor a 28 semanas es factor de riesgo asociado a mortalidad de neonatos de muy bajo peso al nacer, así como el

apgar a los 5 minutos menor de 3 puntos es factor de riesgo asociado a mortalidad en neonatos de muy bajo peso al nacer(10)

Garro Rosas, Lucila Elena. Factores perinatales asociadas a muerte neonatal precoz y tardía en recién nacidos menor de 1,500g en el Instituto materno perinatal .Tesis. Lima. 2011.

Estudio analítico de cohorte retrospectiva se estudió a todos los recién nacidos 2006.2010 en el Perú los recién nacidos de muy bajo peso constituyen alrededor del 2% del total de recién nacidos vivos (9) y son la población neonatal más vulnerable con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Podemos concluir que existen factores maternos, de la vía del parto y neonatales asociados a mortalidad neonatal en RNMBP en el Instituto Materno perinatal de Lima, así como la patología materna tipo Pre eclampsia y la rotura prematura de membranas al estar independientemente asociadas con una mayor probabilidad de mortalidad neonatal, constituyen una posibilidad de intervención para corregir la incidencia de RNMBP (11)

Ampuero Tuncar, Gustavo Constantino. Factores de riesgo asociadas a mortalidad en sepsis neonatal temprana en el Hospital Cesar Garayar García .Tesis. Iquitos 2010-2013

Estudio analítico retrospectivo caso y control se estudió a todos los recién nacidos con sepsis 2010-2013 con diagnóstico de sepsis neonatal temprana hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital de apoyo de Iquitos, en lo que respecta a factores perinatales el 28,1% (9) fueron recién nacidos con peso mayor a 3,999 gr, 9,4%(3) con un peso de 2,500-3999gr, 12,5%(4) con un peso de 1,500-2499gr y 50%(16) con un peso menor a 1,449 gr, podemos concluir que el factor de riesgo de mayor importancia fue el apgar al 1 minuto ≤ 3 con un valor de $p = 0.003$

presentando un riesgo de 21 veces más de mortalidad por sepsis neonatal temprana. Así mismo el muy bajo peso al nacer ($< 1,500\text{gr}$) es un factor de riesgo, con un valor de $p = 0.000$ presentando un riesgo de 13.6 veces más de mortalidad por sepsis *neonatal temprana en comparación de los neonatos clínicamente sano* (12)

2.2 Marco Teórico

Situación de las muertes fetales y neonatales

Según la Organización mundial de las naciones unidas (OMS) la Mortalidad fetal es la muerte antes que se complete la expulsión o extracción de la madre de un producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo (13)

La muerte neonatal se refiere la mortalidad en los primeros 28 días de vida. La mortalidad perinatal se refiere a las muertes fetales ocurridas desde la semana 20 de la gestación hasta el día 28 después del nacimiento, y se expresa en número de fallecimientos x 1000 nacidos vivos (14)

Los neonatos con bajo peso al nacer (BPN), definidos como aquellos con un peso inferior a 2.500 gramos, representan una fracción desproporcionadamente alta de la tasa de mortalidad neonatal. Aunque los neonatos con BPN suponen tan solo el 6-7% del total de nacimientos, concentran más del 70% de las muertes neonatales. El CIR es la causa más frecuente de BPN en los países en vías de desarrollo, mientras que la prematuridad lo es en los países desarrollados (15)

Los neonatos con muy bajo peso al nacer (MBPN), con un peso inferior a 1.500 gramos, representan alrededor del 1% de todos los nacimientos, pero suponen el 50% de las muertes neonatales.

Comparados con los neonatos con pesos de 2.500 gramos o más, los lactantes con BPN tienen 40 veces más probabilidades de morir en el período neonatal; este riesgo es 200 veces mayor en los lactantes con MBPN (16)

Referente a la edad materna, se considera que, los dos extremos de edad materna se asocian a un aumento de la mortalidad perinatal. El riesgo de mortinato o muerte neonatal de las madres menores de 20 años o (> 40 años)

Muerte fetal es la defunción de un producto de la concepción antes de su expulsión o 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 otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria(17)

Muerte Neonatal es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos 28 días de vida (18)

Muerte perinatal es la muerte extra o intra uterina 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 del talón(19)

Espacio características, factores o condiciones existentes en el ambiente en el cual ocurrió la enfermedad (20)

Tiempo periodo durante el cual los individuos enfermaron por su exposición a la fuente de infección, así como en el cual ocurrió la enfermedad (21)

Persona variable utilizada en la descripción de la ocurrencia y distribución de las enfermedades, características inherentes o adquiridas, sus actividades y las circunstancias bajo las que viven, que determina en el amplio grado el que las personas estén en riesgo para contraer la enfermedad(22)

Tasa constituye una medida de la frecuencia de un fenómeno, en epidemiología la tasa es una expresión de la frecuencia con que ocurre un hecho en una población determinada una tasa comprende un numerador(lo que queremos medir),un denominador(una población),un tiempo específico en que ocurren los hechos, un coeficiente múltiplo de 10 con el que multiplicamos el resultado obtenido para obtener números enteros (23)

Tasa de mortalidad fetal

Es el número de muertes fetales sobre el total de nacimientos o Partos (muertos y vivos) x 1000 (24)

Tasa de mortalidad perinatal

Es el número de defunciones perinatales (fetales más neonatales En la primera semana sobre el total de nacimientos (muertos y Vivos) x 1000 (25)

Tasa de mortalidad neonatal

Es el número de defunciones entre 0-28 días sobre el número de Nacidos vivos x 1000 (26)

Teoría modelo de adopción del rol maternal de Ramona Mercer

a) Meta paradigmas

Propone la necesidad de que los profesionales de Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia, y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol, el cual es entendido, como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante un cierto periodo de tiempo en la cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal (27)

b) Postulados

La teoría de Mercer más allá del concepto de madre tradicional, abarca factores como edad, estado de salud, función de la familia relación padre-madre y características del neonato, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo (28)

c) **Aplicación a la práctica**

El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde este ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina del neonato, actualmente la atención binomio madre-hijo sigue modelos biomédicos, La aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición como parte del que hacer propio de enfermería (29)

2.3 Definición de Término

a) **Vigilancia Epidemiológica**

Es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población (30)

b) **Sub sistema de Vigilancia Epidemiológica perinatal y neonatal (SSVEPN)**

Es un componente que recolecta y analiza datos, y difunde información sobre la ocurrencia y distribución de eventos de salud perinatal y neonatal en una población específica, para su aplicación en la prevención y control (31)

c) **Investigación Epidemiológica**

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 del SSVEPN (32)

d) Intervención de Enfermería

Es una actividad que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (33)

e) Enfermería perinatal

Incorpora los conocimientos en el diseño y aplicación de intervenciones especializadas, prevención de defectos al nacimiento y discapacidad contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad perinatal (34)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la base de datos del sistema de vigilancia de mortalidad neonatal y de hechos vitales, para lo cual se hizo la revisión de los registros de los mismos, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de M.R Chilca a fin de tener acceso a los registros de hechos vitales
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia como Enfermera inicia el año 1994 en el Centro de Salud Mazamari en atención primaria realizando actividades de prevención Y promoción de la salud hasta agosto de 1996, luego continuó la experiencia Profesional desde Setiembre 1996 en el Centro de salud Chongos Alto trabajando en atención primaria en las diferentes estrategias sanitarias incluida Vigilancia Epidemiológica desarrollando actividades preventivo promocional en beneficio de la población, desde octubre a Diciembre de 1988

laboré en el servicio de Medicina del Hospital El Carmen como enfermera asistencial, luego trabajé desde Enero-Agosto 1999 en Epidemiología del Hospital El Carmen cumpliendo con la vigilancia de las enfermedades sujetas a vigilancia en los diferentes servicios y consultorios externos, búsqueda activa institucional y comunitaria, seguimiento y monitoreo de las unidades notificantes pertenecientes a la ex UTES El Carmen, Setiembre 1999 hasta Abril 2004 en el servicio de Unidad de cuidados intensivos del hospital El Carmen como enfermera asistencial atendiendo a pacientes de diferentes edades y diferentes patologías.

Mayo-Agosto 2004 como responsable de atención de salud a las personas organizando y trabajando en coordinación con las diferentes estrategias nacionales fortaleciendo las experiencias de cada responsable de las estrategias, de setiembre 2004 a junio 2007 continua la experiencia en el puesto de Salud Chupuro a cargo de diferentes estrategias realizando labor preventivo promocional, Julio 2007-Mayo 2011 continua la experiencia en la unidad ejecutora de la red de Salud valle de Mantaro como responsable de Epidemiología en la que realice diferentes acciones y participé en la pandemia de Influenza AH1N1 2011 el trabajo fue arduo y continuo porque los casos importados llegaban de diferentes departamentos y la migración de nuestra población de Junín por naturaleza también es migrante, dirigí y participe diferentes brotes de tos ferina, rubeola, intoxicación transmitida por alimentos y otros eventos de salud pública, etc.

Mayo 2011 hasta la actualidad como responsable de Epidemiología de la Micro Red Chilca fortaleciendo las competencias de los encargados de VEA de los diferentes establecimientos de la jurisdicción, así mismo digito la notificación semanal de las 29

unidades notificantes ya que solo entregan en medio físico, ante cualquier evento sujeto a vigilancia mi persona apoya a las responsables de la jurisdicción, y cumpliendo las actividades de vigilancia epidemiológica como Centro de Salud Chilca.

El escenario del informe fue la Micro red Chilca, ubicado en el Jr. Humboldt N° 900 Chilca –Huancayo, es una institución que pertenece al MINSA categorizado como I-4 brinda atención preventivo promocional en las diferentes Estrategias ,3 consultorios de medicina general, Farmacia, laboratorio, Psicología, servicio social, SIS, admisión, caja, Obstetricia (Emergencias de dilatación, sala de partos, hospitalización de puérperas sin complicación con 10 camas a cargo de médico general , obstetras y técnico en enfermería) cuenta con el servicio de Emergencia-Tópico con 2 camas de observación, internamiento para neonatos sanos (10 camas) en ambos servicios existe un equipo básico médico general. Licenciada en enfermería, técnico en enfermería quienes trabajan 150 horas al mes en turnos rotativos mañana, tarde y noche garantizando la atención las 24 horas del día por ser por ser un establecimiento referencial existe gran demanda de atención de partos normales y los complicados se refieren al Hospital regional docente materno infantil El Carmen, específicamente las funciones que se realizan después de una mortalidad fetal y neonatal a cargo de la responsable de Epidemiología son diversas que se detallan más adelante.

Productos

Sistema alerta respuesta

Información de vigilancia de mortalidad fetal y neonatal

Actualización sala de situación Epidemiológica

- Recursos Humanos 01 Lic. En Enfermería
- Infraestructura inadecuada y hacinada
- Prestaciones se procesa y analiza la información para el análisis y toma de decisiones a nivel local

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

- Detección y notificación de las muertes fetales, perinatales y neonatales a la Red de Salud valle del Mantaro
- Llenado de ficha clínico epidemiológica y notificación en el notiweb
- Ingreso de datos al subsistema de muerte fetal y neonatal
- Investigación epidemiológica
- Elaborar el expediente de muerte neonatal
- Procesamiento y análisis de datos
- Convocatoria al comité de muerte perinatal
- Revisión del cumplimiento del plan de mejoras
- Presentación del caso para análisis
- Clasificación de la muerte según la CIE 10
- Clasificación de las demoras
- Clasificación de la demanda
- Planteamiento de propuestas , clasificación del Diagnóstico y acta del comité

- Envío de la información a la Red de Salud Valle Del Mantaro incluido conclusiones y recomendaciones
- Análisis de casos individuales
- Procesamiento y análisis de la información
- Presentación de la sala situacional
- Realizar aportes de las defunciones fetales y neonatales
- Remitir estrategias para la reducción de la mortalidad fetal y Neonatal

a) Área Asistencial

- Búsqueda activa y pasiva de los casos sujetos a vigilancia institucional y comunitaria
- Investigación del caso utilizando la ficha clínico epidemiológico y de autopsia verbal
- Aplicar estrategias para mejorar los procesos de atención y disminuir las muertes perinatales
- Monitorear el cumplimiento de las estrategias
- Búsqueda activa institucional y comunitaria
- Búsqueda en las municipalidades para evitar el subregistro

b) Área Administrativa

- Notificación de las muertes fetales, neonatales y perinatales a la red de salud valle del Mantaro
- Ingreso al notiweb las muertes fetales, neonatales y perinatales
- Ingreso en el sub sistema de muerte fetal y neonatal
- Control de calidad de la data
- Revisión de la ficha clínico epidemiológica y de autopsia verbal con variables registradas al 100%
- Elaboración y entrega de memorándum para citar a reunión a los integrantes del comité
- Discusión del caso a cargo de los integrantes del comité

- Registro en el libro de actas análisis, acuerdos y compromisos
- Elaboración y remisión de informe a la Red de salud valle del Mantaro.
- Procesamiento y análisis de la muerte fetal, neonatal y perinatal

c) Área Docencia

- Se realiza inducción a los diferentes profesionales de reciente ingreso respecto al proceso y manejo de notificación e investigación de muerte fetal y neonatal
- Se participa en seminarios talleres en universidades de la provincia de HUANCAYO, municipalidad distrital de Chilca e instituciones educativas

d) Área Investigación

- Se tiene un proyecto pendiente sobre caracterización de la mortalidad neonatal en 6 distritos de la zona sur del distrito de Chilca y de otros eventos de salud pública

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de dirigir ejecutar y participar en diferentes intervenciones que sirvieron para ir fortalecer mis competencias.

Durante los 6 años de experiencia laboral se logró un plan de capacitación continua en busca de estrategias locales para disminuir la mortalidad neonatal, incorporando la salud del recién nacido como alta prioridad apoyando y fortaleciendo acciones para una adecuada atención del binomio Madre niño el cual permitió que el personal que labora en Atención inmediata del Recién nacido y Vigilancia Epidemiológica activa fortalezcan sus capacidades para cumplir los

procesos de acuerdo a la normatividad vigente, tomando el liderazgo los profesionales de enfermería para mejorar y dirigir los procesos, mejorando la atención integral e integrada de las gestantes y neonatos.

La vigilancia de mortalidad fetal, neonatal y perinatal son eventos de notificación obligatoria de acuerdo a la norma técnica N° 078/MINSA/DGE-V.01 según R.M N° 279-2009/MINSA.

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 y neonatal), causa básica de muerte, horas y días de estancia hospitalaria, lugar de parto, momento de ocurrencia de la muerte para el llenado de notificación de muerte fetal y neonatal en la Micro red Chilca se utilizan las siguientes fuentes de información libros y registros de muertes fetales y neonatales registros de atención de partos, certificados de defunción, bases de datos del SIS, historias clínicas, registros de atención de Emergencias, registro de internamiento y registro de egresos.

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

Es función de la responsable de epidemiología el llenado completo de la ficha y la notificación de todas las muertes fetales neonatales y perinatales

Las muertes ocurridas en el hogar o la comunidad también son de notificación obligatoria. El control de calidad de los datos consignados en la ficha de notificación está a mi cargo quien garantiza el cumplimiento de la notificación de las muertes fetales, neonatales y perinatales. La emisión

de reportes periódicos y de la aplicación de medidas correctivas para la prevención de las muertes evitables para la consistencia de la información se realiza búsqueda activa de muertes fetales, neonatales en los registros civiles de la municipalidad distrital de Chilca y si hubiera muertes identificadas en los registros civiles que no estén incorporadas en el SSVEPN serán ingresadas en el mismo, consignando los datos que sean posibles usando la Ficha de notificación de muerte fetal y neonatal.

Investigación clínico epidemiológica de las muertes fetales y neonatales mi persona como responsable de epidemiología realiza la investigación de las muertes neonatales institucionales en base a ello el comité de vigilancia emite reportes mensuales respecto al número de muertes analizadas, los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones para los niveles de decisión correspondientes. Los informes de análisis conservan los criterios de confidencialidad relacionados a la identidad de los pacientes, y solo tienen acceso a esta información los miembros del comité de vigilancia perinatal y neonatal y del comité de prevención de mortalidad materna y perinatal(CPMMP).

Respecto a las muertes neonatales comunitarias ocurridas en la jurisdicción son analizadas por el comité de vigilancia perinatal y neonatal de la micro red dentro de los primeros 5 días de ocurrido el evento; para lo cual se hace uso de la Ficha de Autopsia verbal se ingresa a una base de datos, a partir de la cual se seleccionan un conjunto pequeño de variables

Para su envío a la red de salud valle del Mantaro, el conjunto de variables es definido en forma conjunta entre los niveles regional y nacional. La información generada por el sistema se envía siguiendo el flujo de la notificación obligatoria semanal.

El comité de vigilancia perinatal y neonatal brinda el apoyo técnico para el desarrollo de intervenciones de mejoramiento de la calidad de atención a fin de prevenir la ocurrencia de eventos similares. El comité de prevención

de mortalidad materna y perinatal del nivel local realiza reuniones de análisis de la mortalidad fetal, neonatal y perinatal, según lo establecido en la Resolución ministerial N° 453-2006/MINSA, en base a la información que genera el Sub sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad fetal y neonatal, procesamiento y análisis de datos. Los datos de la notificación de muertes fetales y neonatales son ingresados y procesados en un módulo informático de vigilancia epidemiológica de mortalidad fetal y neonatal en el aplicativo NOTIWEB bajo responsabilidad de mi persona, a su vez el sub sistema producirá los siguientes indicadores: Tasa de mortalidad fetal, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad perinatal y las variables contenidas en la ficha de notificación de muerte fetal y neonatal. El análisis de la información se realiza con el método BABIES, el nivel de desagregación de la información de muertes fetales y neonatales se realiza en Epidemiología de la Micro red Chilca permitiendo de esta manera identificar los lugares con la mayor magnitud de muertes notificadas en la MATRZ BABIES, que es una herramienta de análisis que cruza las variables de edad en el momento de la muerte del feto o neonato (antes, durante, después del parto), con el peso al nacer en un marco de prioridades de intervención y evaluación de las mismas. Los reportes de vigilancia son emitidos por la responsable de Epidemiología en el nivel local con una periodicidad mensual difundiendo los reportes en boletines, informes técnicos, exposiciones presenciales o virtuales, sala de situación socializando con los responsables de la Estrategia de salud sexual y reproductiva, etapa de vida niño, comité de vigilancia perinatal y neonatal, profesionales de la salud en los niveles locales, decisores de gobierno y otros actores.

Limitaciones

Una de las limitaciones más grandes es que no se cuenta con digitador, así como no se tiene un ambiente adecuado ya que el ambiente es pequeño y compartido, a esto se suma la falta de insumos de laboratorio, materiales de escritorio

La experiencia laboral y la práctica nos permiten cumplir los procesos basados en evidencias, las que nos conducirán a mejores resultados en la disminución de la mortalidad neonatal y perinatal.

Las enfermeras dedicadas a la vigilancia epidemiológica estamos sobrecargadas por la multifuncionalidad de trabajo ya que existe **112 daños sujetos a vigilancia epidemiológica**, sin embargo, los demás integrantes no se involucran al trabajo en equipo

La satisfacción lograda se basa un poco en la teoría del principiante al experto y los logros que se cumplen como profesional tiene mucho que ver con el conocimiento y la experiencia para la notificación, investigación, seguimiento y manejo adecuado en todos los procesos para su cumplimiento oportuno, eficaz y eficiente.

Aportes

- Intervenciones antes del embarazo a través del cuidado preconcepcional
- Intervenciones durante el embarazo
- Intervenciones durante el parto
- Intervenciones maternas después del parto
- Intervenciones neonatales después del parto
- Mejorar el subregistro
- Fomentar el incremento de la lactancia materna exclusiva
- Socialización de la norma técnica 078/MINSA a todos los responsables de las 29 unidades notificantes

Casos relevantes

- Gestante de 39 semanas en trabajo de parto en un establecimiento I-I
- A horas 1.00 am fuera del horario de trabajo del técnico en enfermería
- Se coordinó con la jefatura de la Micro red para autorizar la salida de la ambulancia y ser trasladada al C.S Chilca, personal de Obstetricia y técnico de enfermería del tercer turno se desplazan al lugar y llegando al C.S de Chilca necesita ser referida al HRDMIEC por presentación podálica constituyendo una muerte evitada se sensibilizó a los familiares ya que no querían que se le traslade aduciendo que lo atiendan en su domicilio

Innovaciones

- Vigilancia estricta de las gestantes basadas en el enfoque de riesgo
- Mejorar la atención del parto institucional
- Brindar atención inmediata al Recién nacido de acuerdo a la norma vigente
- Cumplimiento de la sectorización

Aportaciones del Servicio

- Actualización semanal del radar de gestantes
- Elaboración del Flujograma de notificación de muertes fetales y neonatales
- Manejo del Carnet de seguimiento del recién nacido
- Capacitación teórica practica ayudando a respirar al bebé a enfermeras que trabajan en atención inmediata al recién nacido
- Implementación con servo cunas en 3 salas de parto del Centro salud Chilca
- Cumplimiento del contacto piel a piel por 60 minutos obligatorio

Limitaciones

- No se toma en cuenta las recomendaciones que emite Epidemiología para la toma de decisiones por parte de la Jefatura del Establecimiento
- Inadecuado número de recursos humanos
- Sobrecarga laboral
- Infraestructura inadecuada y compartida
- Escasez de insumos de laboratorio y materiales de escritorio
- Inexistencia de especialistas (Ginecólogos y pediatras)

IV. RESULTADOS

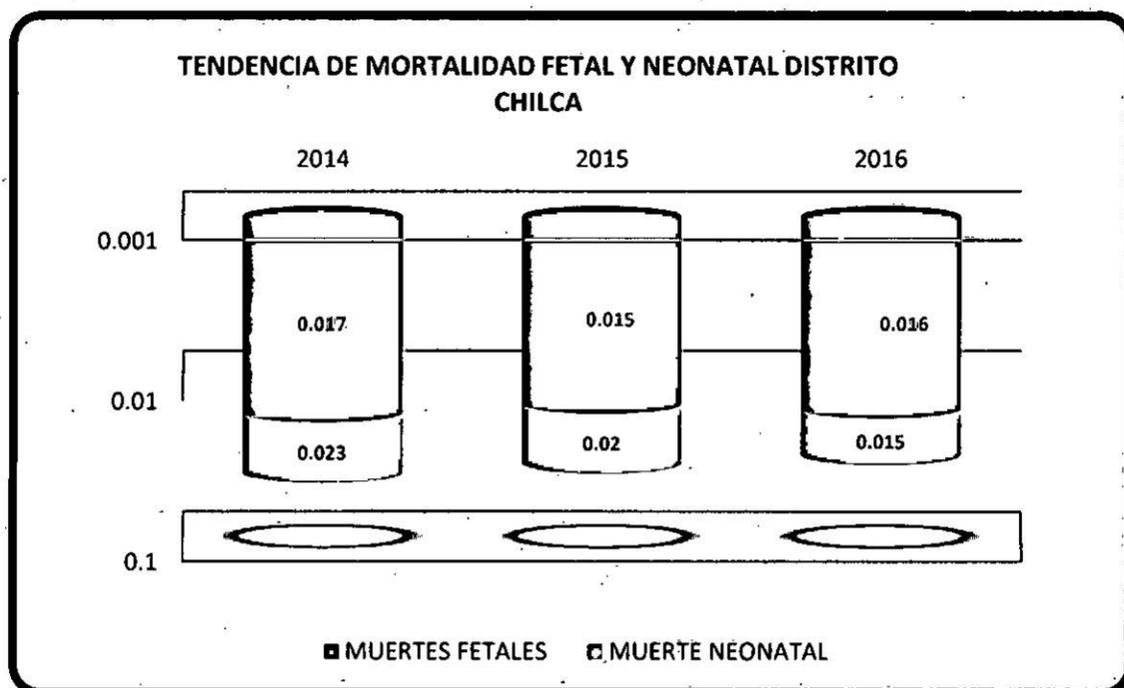
TABLA N° 4.1

TENDENCIA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

DISTRITO CHILCA

	2014	2015	2016
MUERTES PERINATALES	40	35	31
MUERTES FETALES	17	15	16
MUERTE NEONATAL	23	20	15
TOTAL (MF+MN)	40	35	31
NACIDOS VIVOS +OBITOS	723	909	1010
NACIDOS VIVOS	706	894	994
TASA MP	55.33	38.50	30.69
TMF	23.51	16.50	15.84
TMN	32.58	22.37	15.09

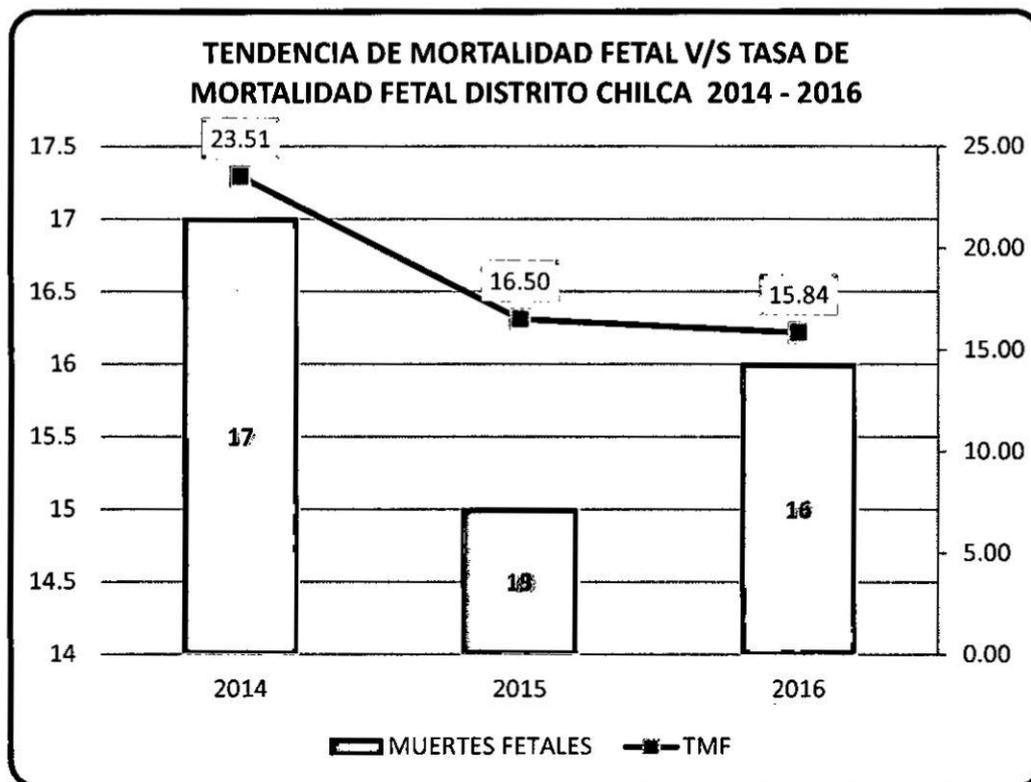
GRAFICO N° 4.1



La tendencia de mortalidad fetal en el año 2014, en el distrito de chilca fue de 17 defunciones y la neonatal 23, mientras que en el año 2015 fue de 15 defunciones y la neonatal 20; es decir que chilca tiene 2.0 veces menos defunciones fetales y 3.0 veces menos defunciones neonatales que en el año 2014.

Si observamos el año 2016 hubo 1.0 veces más defunción fetal y 4.0 veces menos defunción neonatal que el año 2015

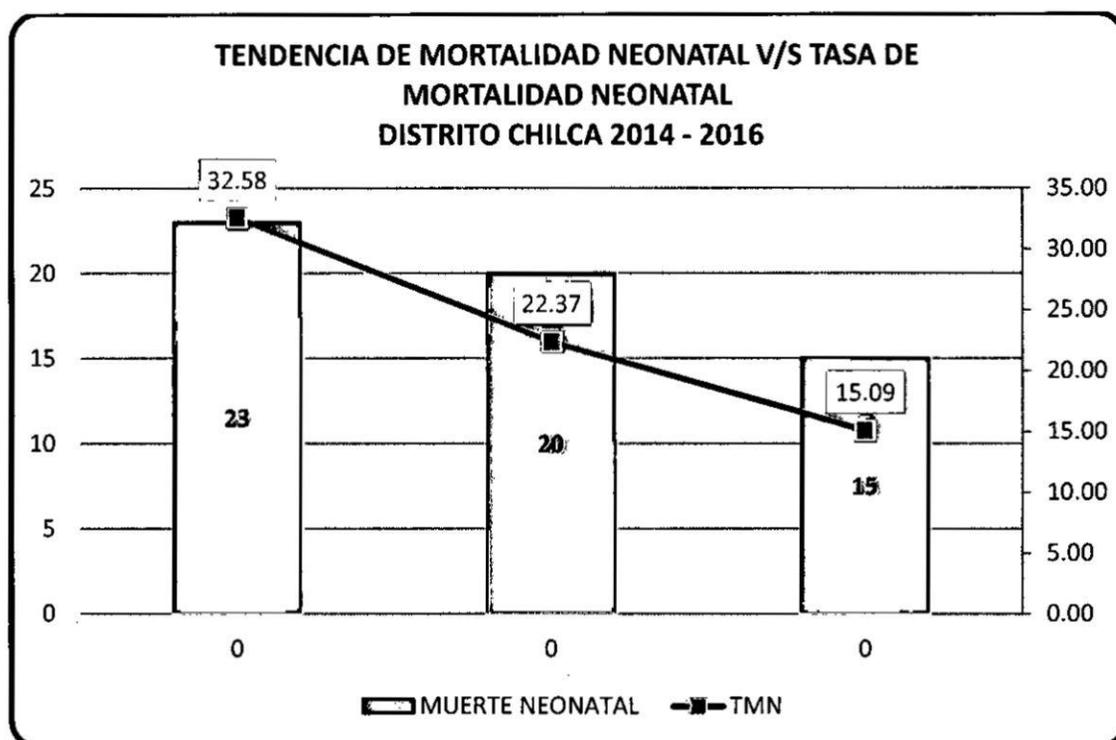
GRAFICO N° 4.2



La tasa de mortalidad fetal en el año 2014, en el distrito de Chilca fue de 23.5 defunciones por mil nacidos vivos, mientras que en el año 2015 fue de 16.5; es decir que Chilca tiene 7.0 veces menos defunciones que en el año 2014.

Si observamos el año 2016 la tasa de mortalidad fetal se incrementó en 1.0 veces más que el año 2015, lo que significa que aún se tiene que trabajar para mejorar las condiciones del hogar.

GRAFICO N° 4.3

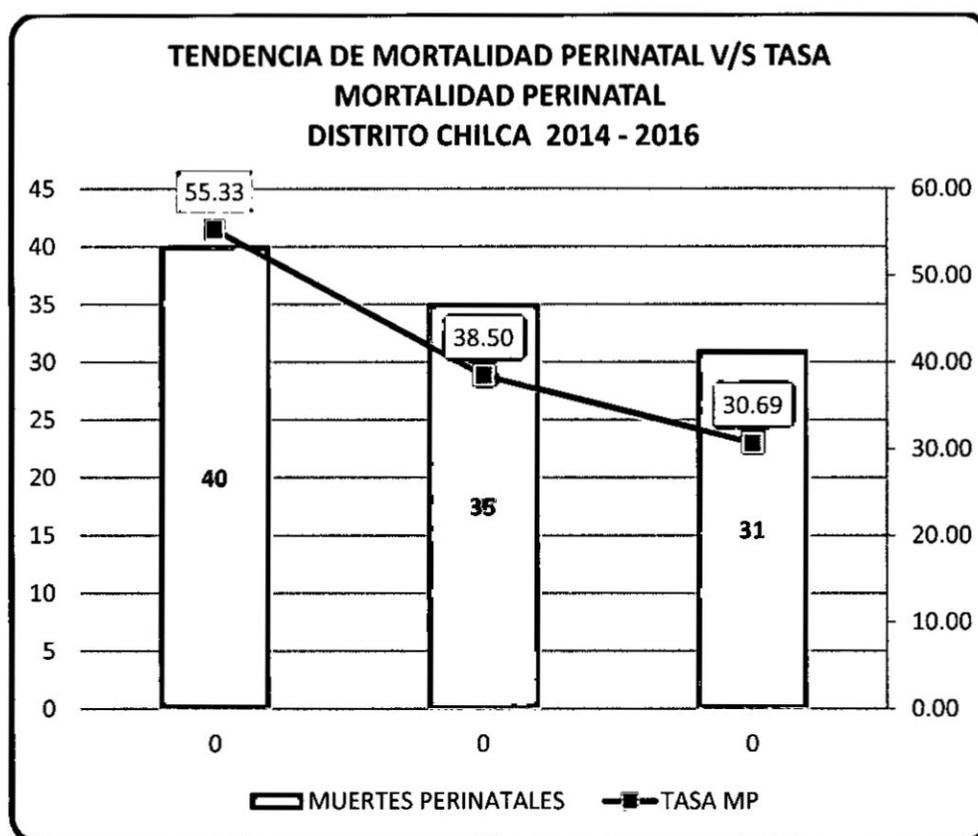


Fuente Hechos Vitales M.R Chilca

La tasa de mortalidad neonatal en el año 2014, en el distrito de chilca fue de 32.5 defunciones por mil nacidos vivos, mientras que en el año 2015 fue de 22.3; es decir que chilca tiene 10.2 veces menos defunciones que en el año 2014.

Si observamos el año 2016 hubo una tasa de mortalidad neonatal de 7.2 veces menos que el año 2015 a pesar del descenso gradual todavía la tasa es muy alta lo que significa que aún se tiene que mejorar las condiciones del establecimiento de salud y el proceso de atención del parto

GRAFICO N° 4.4



Fuente Hechos Vitales M.R Chilca

En el 2014 la tasa de mortalidad perinatal en el distrito de Chilca fue de 55.3 muertes por mil nacidos vivos, en el 2015 en el mismo distrito la tasa fue de 38.5, lo cual indica que el distrito de Chilca tiene 16.8 veces menos mortalidad que el año 2014.

En el distrito de Chilca en el año 2016, la mortalidad perinatal fue de 30.6, observándose entonces que la mortalidad fue de 7.9 veces menos que el año 2015

V. CONCLUSIONES

- a) Se estima que la tasa de mortalidad fetal en el año 2016 ha disminuido en el distrito de Chilca 0.7 veces menos que el año 2015; la tasa de mortalidad neonatal año 2016 ha disminuido en 7.3 veces menos que en el año 2015; mientras que la tasa de mortalidad perinatal año 2016 ha disminuido en 7.9 veces menos que el año 2015, a pesar del descenso lento las tasas son altas lo cual evidencia que las causas continúan asociadas a condiciones del embarazo, patologías maternas, complicaciones en el parto y en la calidad de atención del parto.
- b) La tendencia de la mortalidad fetal, neonatal y perinatal a pesar de haber disminuido progresivamente en el distrito de Chilca significa que se tiene que mejorar los servicios básicos de agua potable, saneamiento básico, promover la lactancia materna, control del niño sano y vacunación masiva
- c) La reducción de la tasa de mortalidad fetal, neonatal y perinatal se logrará impulsando 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 en el distrito de Chilca y en la región Junín.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer el cuidado previo a la concepción en las mujeres adolescentes a través de prestación de intervenciones nutricionales, ambientales, conductuales para la salud mental así también reducir el consumo de sustancias psicotrópicas y la violencia lo cual permitirá mejorar su estado de salud y evitar embarazos no deseados y complicaciones durante el embarazo y el parto, defectos congénitos e infecciones neonatales.
- b) Diseñar intervenciones locales a fin de reducir la mortalidad neonatal que incluyen los controles prenatales, la atención del parto y atención inmediata del recién nacido
- c) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado materno neonatal a fin de garantizar una atención de calidad en el centro de salud Chilca
- d) Mejorar el sistema de referencias y contra referencias garantizando el acceso a los servicios de acuerdo a capacidad resolutive
- e) Reforzar el llenado correcto y completo de la historia clínica perinatal logrando identificar oportunamente factores de riesgo
- f) Fortalecer con Recursos humanos (especialistas) equipamiento e infraestructura acorde a categorización como establecimiento I-4

VII. REFERENCIALES

1. Martínez Villanueva, R. Factores de riesgo asociadas a mortalidad perinatal. Tesis. Hospital Regional Loreto. 2012
2. INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012
3. OPS/OMS mortalidad neonatal en Perú 1990 y 2012
4. INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012
5. Pastor Montero, Sonia María. Abordaje de la pérdida perinatal en la unidad Materno Infantil Hospital de Montilla. Tesis doctoral. Ciudad de Córdoba 2016
6. Jaramillo Mejía, Marta Cecilia. Situación de la morbilidad infantil. Tesis .Colombia. 2016
7. Ridaura Pastor, Isabel. Interrupciones médicas en el embarazo, muertes prenatales y muertes posnatales. Hospital materno Infantil de Vall Hebrón. Barcelona. 2015
8. Espinoza Montoya, Tania teresa, Flores, Paniagua, Rudy Alexander. Factores biológicos socioculturales y económicos de la mortalidad perinatal municipio de san Miguel. Tesis Hospital regional. Bogotá 2010-2011
9. Sánchez Rodas, Neil Giner Mortalidad perinatal en el Hospital regional Docente Tesis .Lambayeque. 2013-2014
10. Gorriti Ssiapo, Carla María Catterinne. Factores de riesgo asociada a mortalidad en sepsis neonatal temprana .Tesis en el Hospital César Corayar García. Iquitos. 2010-2013
11. Garro Rosas Lucila Elena. Factores perinatales asociados asociados a muerte neonatal precoz y tardía en recién nacidos vivos menos de 1500gr. Tesis en el Instituto Materno perinatal. Lima. 2011
12. Ampuero Tuncar, Gustavo Constantino. Factores de riesgo asociados a mortalidad en sepsis neonatal temprana en el Hospital César Corayar García. Iquitos-2010-2013
13. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica perinatal y neonatal. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2009.

14. Martínez Villanueva, R. Factores de riesgo asociadas a mortalidad perinatal. Tesis. Hospital Regional Loreto. 2012
15. Rodríguez E. Muerte fetal y factores asociados en el Hospital Cayetano Heredia (Tesis de Bachiller).Lima, Perú .1990
16. Rivas P. Riesgo de muerte fetal por grupos etáreo en una clínica en Cartagena Colombia. Rev. biomed 2013,4 (2)297-304
17. Martínez Villanueva, R. Factores de riesgo asociadas a mortalidad perinatal. Tesis. Hospital Regional Loreto. 2012
18. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica perinatal y neonatal. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2009.
19. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica perinatal y neonatal. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2009.
20. Rootman, K, J. Epidemiología Moderna. 1° ed. Madrid. 1987
21. Rootman, K, J. Epidemiologia moderna 2ª ed. Madrid 1998
22. Introducción a la Epidemiologia clínica y descriptiva México 2015
23. Dirección General de Epidemiología Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. Lima 2011-2012
24. Dirección General de Epidemiología Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. Lima 2011-2012
25. Dirección General de Epidemiología Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. Lima 2011-2012
26. Dirección General de Epidemiologia. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012
27. [Htpps.//.es.slide share.net.teoria de ramona mercer](https://es.slide share.net.teoria de ramona mercer)
28. <Htps.//.es.slide share.net.teoria de ramona mercer>
29. <Htps.//.es.slide share.net.teoria de ramona mercer>

30. Tacker S. Principales of Public Health Surveillance: Historical Development. *Epidemiol Rev.* 1988; 10:164-90.
31. Ávila Vargas Machuca Jeannette. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 2013 .
32. Dirección General de Epidemiología Mortalidad neonatal en el Perú 2013
33. Báez Hernández. *Revista agidan*:9 1 17 creado Junio 201
34. www.dge.gob.pe/docs/mortalidad

ANEXOS

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FETAL Y NEONATAL



UNIDAD OPERATIVA GERENTE	DISTRITO	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA
ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR	RESPONSABLE	

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	MUESTRO EN EL ESTADO REGISTRO NACIONAL (Compartir)	NACIMIENTO		MUERTE		TIPO DE MUERTE FETAL NEONATAL	CAUSA BÁSICA DE MUERTE (I)	QUINCUAGÉSIMO TERCERO (II) MOMENTO DE LA MUERTE (III) LUGAR DEL PARTO (IV)	MOMENTO DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO			RESIDENCIA MATERNAL DE LA MADRE					
			FECHA	HORA	FECHA	HORA				PRESENTE AL PARTO (I)	PRESENTE AL PARTO (II)	PRESENTE AL PARTO (III)		PRESENTE AL PARTO (IV)	PRESENTE AL PARTO (V)	PRESENTE AL PARTO (VI)	Día	Mes
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		

Formulario de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal
 * Número de días de morbilidad: registrar en el espacio de la muerte fetal.
 * Número de días de morbilidad: registrar en el espacio de la muerte neonatal.
 (I) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).
 (II) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).
 (III) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).
 (IV) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).
 (V) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).
 (VI) Causa básica de muerte: Es la causa que más contribuye a la mortalidad por enfermedad o lesión de un individuo (ICD-10).

31. TIPO DE ANESTESIA/ANALGESICA No hubo Anestesia General Endotraqueal Epidural Raquídea Peridural con o sin Otro Ignorado	41. SEXO Y APELLIDOS DEL RN Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Antigeno <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> <u>Julia Flores</u>	54. MOTIVO DE REINGRESO No reingreso Dificultad Respiratoria Hemorragias Anomalías Congénitas mayores Causas Metabólicas Infecciones Ignorado Otras
32. QUIÉN ADMINISTRÓ LA ANESTESIA No hubo Anestesia Anestesiólogo Médico General Residente Enfermera Otro Ignorado	42. ESTADO AL NACER Muerto antes parto Muerto entre parto Vivo sin patología Vivo con patología Ignorado	55. DIAGNÓSTICOS DURANTE PERMANENCIA EN EL SERVICIO Asfisia Membrana lútea Sínd. aspirativo Bronconeumonía Sepsis Neonatal Infecc. Intrauterina Crónica (TORCH) Prematuridad Trauma Obstétrico Inmunización Anomalías congénitas mayores Trastornos metabólicos Bronconeumonía Bajo Peso <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
33. QUIÉN REALIZÓ EL PARTO O CESÁREA Autógena Especialista Gineco-Obstetra Residente Médico General Otro Especialista Obstetra Enfermera Interno Técnico Familiar Otro Ignorado	43. APGAR AL MINUTO Ignorado <input type="checkbox"/> <u>0 0</u>	56. EDAD AL FALLECER Horas: <u>115</u> <input type="checkbox"/> Días: <input type="checkbox"/>
34. DONDE OCURRIÓ EL PARTO O CESÁREA Puesto de Salud Centro de Salud Hospital Clínico Domicilio Traslado Consultorio Ignorado	44. APGAR A LOS 5 MINUTOS Ignorado <input type="checkbox"/> <u>1 0</u>	57. FECHA Y HORA DE FALLECIMIENTO Fecha: <u>13/07/11</u> <input type="checkbox"/> Hora: <u>15:36</u> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
V. DATOS DEL NATIMUERTO O DEL RECIÉN NACIDO VIVO FALLECIDO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)	45. APGAR A LOS 10 MINUTOS Ignorado <input type="checkbox"/>	58. CAUSA DE MUERTE PERINATAL <u>Infección materna</u> Intermedia <u>Hipertensión pulmonar</u> Básico <u>Herida de penetración en la cabeza</u> Asociada <u>02 en 5 infectio respiratoria del pulmón</u> Ignorada
35. FECHA Y HORA DEL PARTO Fecha: <u>12/07/11</u> <input type="checkbox"/> Hora: <u>23:24</u> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	46. REANIMACIÓN No se hizo Oxiígeno Mascarilla y Bolsa Tubo Endotraqueal Masaje cardiaco Medicación Ignorado Otro	59. CAUSA DE MUERTE DETERMINADA MEDIANTE N.° Historia Clínica Necropsia Autopsia Verbal No se determinó Ignorada
36. ATENDIDO POR: Neonatólogo Pediatra Gineco-Obstetra Médico General Anestesiólogo Obstetra Enfermera Interno Técnico Enfermería Sanitaria Partera Familia Otros Ignorado	47. ANTROPOMETRÍA. PESO Peso: <u>2640</u> gr <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	60. DATOS DE LA ENFERMERA DE NEONATOLOGÍA: Nombre: <u>Dorencia Mercedes</u> <u>Bautista Roman</u> Firma: <u>[Firma]</u>
37. TIEMPO DE GESTACIÓN POR AMENOREA <u>39</u> <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	48. ANTROPOMETRÍA. TALLA Talla: <u>46</u> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
38. EXÁMEN FÍSICO <u>39</u> <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	49. EXÁMEN FÍSICO AL NACER Normal Anormal Especifique:	52. REFERIDO No <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Causa: <u>Dificultad respiratoria</u>
39. LIQUIDO AMNIÓTICO Claro Meconial Fluido Meconial Espeso Fétido Hemorrágico Ignorado Otros	50. MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO No ingreso APGAR Bajo Dificultad Respiratoria Metabólicas Prematuridad Hemorragias Inmadurez Anomalías Congénitas Mayores Trauma Obstétrico Infecciones Postmadurez Bajo Peso Ignorado Otras	53. REINGRESO No <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Servicio
40. ORDEN DE NACIMIENTOS Único 1er. Gemelar 2do. Gemelar Mayor o Igual de 3 Ignorado	51. LUGAR DE INGRESO No ingreso Cuidados intensivos Cuidados intermedios Alojamiento Conjunto Emergencia Pediatría Ignorado	

FICHA DE AUTOPSIA VERBAL

TICOS DURANTE
NCIA EN EL CASO

na Cronica (Hem...
co

entes trayen
obidos

Otros
ELLEGER
Dios

TRA DE FALLEC
3/6

UERTE PERM
3/6

5 Inj...
22 ALLE...

IERTE DETE...

ENFERME...
IA:
M...
R...
...

FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DEL NEONATO

I. DATOS DE LOS RESPONSABLES QUE APLICAN LA AUTOPSIA VERBAL

1. DIRESA: JUNIN
2. Red de Salud: VALLE DEL HONORADO
3. Micro red de salud: CHUCA
4. Establecimiento de salud: CS ACAS MONTAÑA
5. Nombre y apellidos del responsable del llenado de la ficha: JUNINI MARCELA DE LA ROSA
6. Fecha de recolección de datos: dd/mm/aaaa 20/07/2019

II. DATOS DE LOS INFORMATES:

7. Persona a la que se entrevista: 1. Madre 2. Padre 3. Otros: Especifique _____

III. DATOS GENERALES LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE:

8. Dirección: Jr. AMARILLO 1636 - PARRAL SANTA ROSA
9. Comunidad/sector/barrio: PARRAL SANTA ROSA
10. Distrito: PIRASANI
11. Provincia: HUANCAYO
12. Departamento: JUNIN

DATOS DE LA DEFUNCIÓN NEONATAL

13. Apellidos y nombres del neonato: Ap. Materno: JUIS
- AP. Materno: FERNANDEZ Nombres: JUIS
14. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 3. No determinado
15. Fecha de nacimiento: 12/01/2019 Hora: 07:29
16. Fecha de fallecimiento: 13/07/2019 Hora: 12:30
17. Edad del neonato al morir: _____ Días 45 Horas

IV. PERFIL SOCIO FAMILIAR

- | | Vive | Edad | Instrucción | Procedencia | Ocupación |
|------------|------|------|-------------|-------------|-------------|
| 18. Madre: | SI | 18 | SEPTIMO AÑO | HONORADO | AMO DE CASA |
| 19. Padre: | SI | 28 | SEPTIMO AÑO | HONORADO | MAESTRO |
20. La madre vive con su pareja: 1. Si 2. No
 21. La madre integra algún comité de madres o grupo de ayuda en la comunidad:
1. Si 2. No. Si la respuesta es Si indique nombre de la organización: _____
 22. Número de hijos(as) que ha tenido antes del actual fallecido: Vivos Muertos

ANÁLISIS DE CAUSALIDAD M.R. CHILCA

FACTOR PACIENTE:

- Madre cumplió con sus controles prenatales.
- Factores biológicos y nutricionales

FACTOR FAMILIA:

- Ninguno

FACTOR COMUNIDAD:

- Reactivar el sistema de vigilancia y capacitar a promotores de salud

FACTOR INSTITUCIONAL

- Deficiente sistema de referencia y contrareferencia
- Deficiente registro en la historia clínica
- No actualización del radar de gestantes
- No seguimiento a la gestante

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA DISCUSION DEL COMITE DE MUERTE PERINATAL M.R. CHILCA

CONCLUSIONES:

- Muerte neonatal evitable
- CAUSA DIRECTA Insuficiencia respiratoria aguda
- CAUSA INTERMEDIA hipertensión pulmonar
- CAUSA FINAL Hernia diafragmática congénita izquierda

PROBLEMA PRIORIZADO	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
Deficiencia en la organización de la vigilancia comunal	Reactivar los servicios	PROMSA	4 SEMANAS
No seguimiento a las gestantes	Actualizar el mapa de sectorización con sus respectivos responsables para que puedan realizar las visitas domiciliarias	GERENCIA PROMSA	2 SEMANAS
Deficiente sistema de referencia y contrareferencia	Se solicita una reunión urgente con los encargados de referencia y contrareferencia a nivel de la Microred y HRDIA EL CARMEN	GERENTE MICRORED CHILCA	INMEDIATO

Deficiente registro en la H C del C S HUANCAN y C S CHILCA	Socializar la norma técnica N° 027-V3 NORMA TECNICA SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA Auditoria de las historias clínicas	GERENTE COORDINADOR DE MATERNO	4 SEMANAS
No actualización del radar de gestantes	Actualización semanal del radar de gestante de acuerdo a la norma establecida	OBSTETRICIA	INMEDIATO
DEMORAS EN LA ATENCION DE LA PACIENTE EN EMERGENCIA			
PRIMERA DEMORA ninguno			
SEGUNDA DEMORA ninguno			
TERCERA DEMORA ninguno			
CUARTA DEMORA C S HUANCAN No cuenta con su ecografía del tercer trimestre C S CHILCA Al momento de nacer no recibió un examen físico adecuado, no detectando ninguna patología al recién nacido Hoja de examen físico en blanco	Socializar las patologías y muertes prevenibles Cumplimiento del adecuado registro de la H C de acuerdo a la norma establecida	COMITÉ DE PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA PERINATAL	INMEDIATO

Nº 12

2008

Boletín Epidemiológico

RED VALLE DEL MANTARO
 Boletín Epidemiológico Semanal
 Semana Epidemiológica Nº 21 - 2008

Estudio de cáncer de mama demuestra incremento de supervivencia en mujeres postmenopáusicas

El estudio ATAC 100, con resultados a los 100 meses de seguimiento presentado durante la 27ª Reunión Anual sobre Cáncer de Mama, en Texas, Estados Unidos, demostró que el anastrozol es considerablemente superior al tratamiento habitual con tamoxifeno para reducir el riesgo de recurrencia de cáncer de seno y ayuda a incrementar la supervivencia libre de enfermedad en mujeres postmenopáusicas que tienen esta enfermedad, la cual representa la primera causa de muerte del género femenino.

Los resultados del estudio ATAC 100 han demostrado ofrecer más esperanza de vida a las pacientes que padecen cáncer de mama. En este sentido, el principio activo anastrozol, perteneciente a los medicamentos denominados inhibidores de aromatasa, prolonga el tiempo de recurrencia de cáncer de mama en las pacientes, asimismo, ha demostrado incrementar, con el tiempo y aún cuando el tratamiento ha finalizado, la supervivencia libre de incidencia de cáncer de mama colateral al compararse con el tratamiento habitual.

"El estudio ATAC 100 arrojó como resultados que anastrozol, comparado con tamoxifeno, el tratamiento habitual de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas hormonas receptoras positivas, reduce el riesgo de recurrencia en un 24%, mejora la supervivencia libre de enfermedad en un 15%, reduce el riesgo de metástasis distantes en un 16% y reduce la incidencia de cáncer de mama colateral en un 40%", señaló el Dr. Carlos Seminario, Director Médico de AstraZeneca Perú. El principal beneficio del estudio ATAC 100, es que el índice de supervivencia libre de enfermedad se ha superado un año tras haber terminado el tratamiento. Hasta un 37% más de pacientes libres de enfermedad es la cifra que presenta a su favor el tratamiento con anastrozol frente a la terapia con tamoxifeno; y esta cifra representa a centenares de mujeres que tienen sus expectativas de vida aumentadas después de sufrir cáncer de mama. Asimismo, se obtuvieron como resultados del estudio ATAC 100, que el 93% de las pacientes mujeres postmenopáusicas que han tomado anastrozol se han sentido alguna vez menos propensas a recaer en el cáncer de mama y un 85% confían en que permanecerán libres de esta enfermedad que ataca cada año a 1,1 millones de personas en todo el mundo, de las cuales un 75% son, precisamente mujeres, postmenopáusicas. AstraZeneca es una de las principales empresas internacionales del cuidado de la salud comprometida en investigación, desarrollo, manufactura y mercadeo de productos farmacéuticos de prescripción y proveedor para servicios de salud. AstraZeneca es una de las compañías farmacéuticas líderes en el mundo con ventas en cuidado de la salud de US \$29.55 billones y es líder en ventas de productos gastrointestinales, cardiovasculares, neurociencias, respiratorios, oncología e infecciones. AstraZeneca está listada en el Dow Jones Sustainability Index (Global) así como en el FTSE4Good Index.

RED VALLE DEL MANTARO

Dr. Luis Zúñiga Villacresis Gutiérrez
 Director Ejecutivo

EQUIPO DE EPIDEMIOLOGIA

Dr. Luis Zúñiga Villacresis Gutiérrez

Dr. Marcos Gutiérrez Beltrán

Dr. Luis Zúñiga Villacresis Gutiérrez

Rivero

CONTENIDO

1. **Ataraxia**

2. **Infecciones Respiratorias Agudas**

3. **Enfermedades Diarreicas Agudas**

4. **Enfermedades Metabólicas**

5. **Brotos**

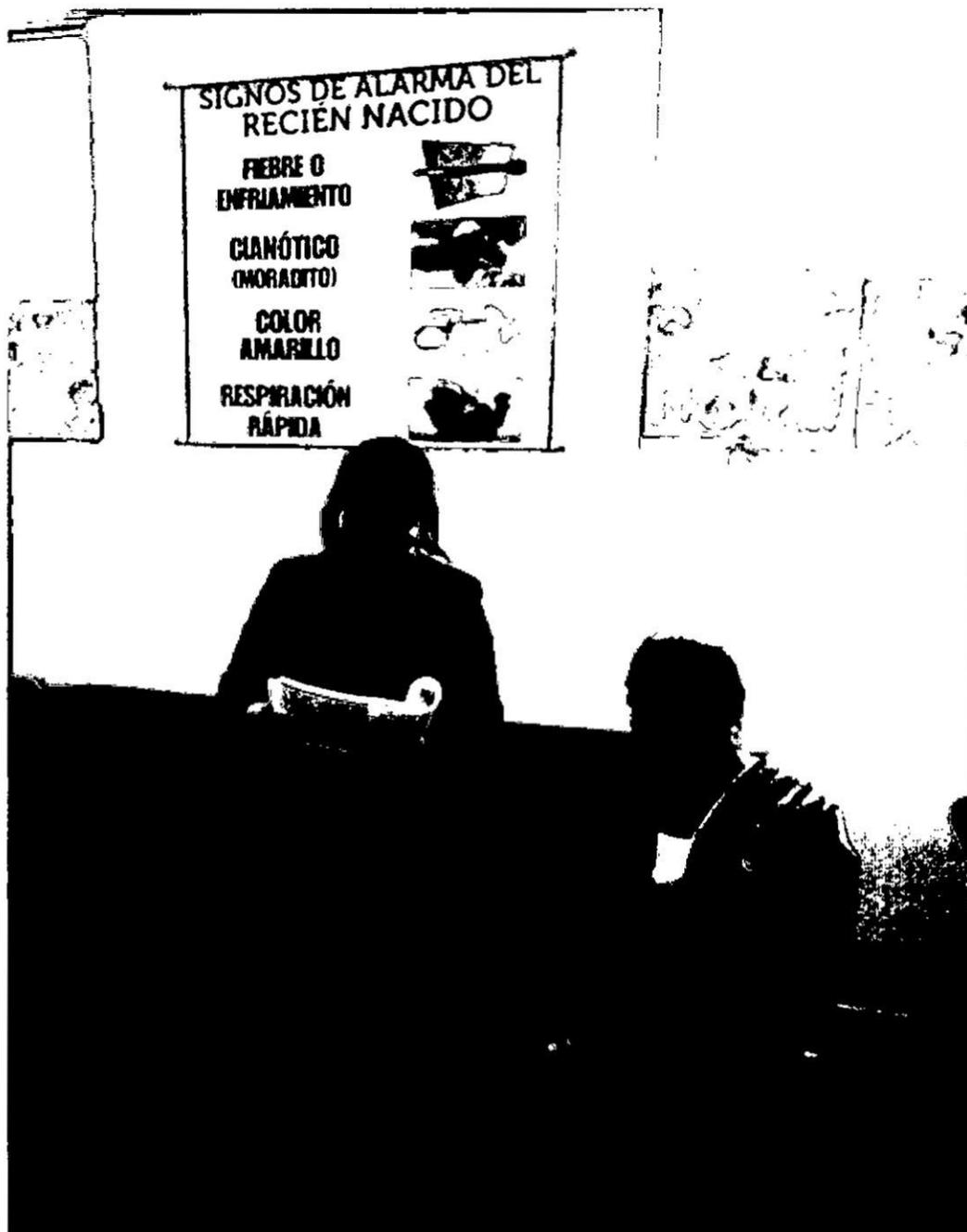
6. **Enfermedades Inmunopreventibles**

7. **Enfermedades No Transmisibles /Otras Diferentes**

RED VALLE DEL MANTARO

Oficina de Epidemiología
 Jr. Lima Nº 373 4do Piso
 Teléfono 218223

ENTREVISTA DE ENFERMERIA A LA MADRE DEL NEONATO
FALLECIDO C.S.CHILCA.



**RECOLECTANDO DATOS PARA RELLENAR LA FICHA DE
INVESTIGACION DE MORTALIDAD NEONATAL**



**REUNIÓN DE DISCUSIÓN DEL COMITÉ DE MORTALIDAD
PERINATAL MICRO RED CHILCA**



**REUNIÓN DE DISCUSIÓN DEL COMITÉ DE MORTALIDAD
PERINATAL MICRO RED CHILCA**



**REUNIÓN DE DISCUSIÓN DEL COMITÉ DE MORTALIDAD
PERINATAL MICRO RED CHILCA**



NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL NOTIWEB

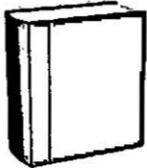
INTRANET x NotWeb :: Muerte Fetal x

app7.dge.gob.pe/notiWeb/index.php/mnp/principal

Aplicaciones Historial OpenEpi Menu Gmail Salud | Cubadebate Midwayer OMS | Salud del recién Otros favoritos

 **Ministerio de Salud**  **Muerte Fetal y Neonatal**

[Inicio](#) [Inicio](#) [Exportar](#) [Actualizar versión](#) **Usuario: AVILA VARGAS-MACHUCA JEANNETTE (04066688)**



Directiva Epidemiológica



Ficha Epidemiológica

Los datos y análisis que emite este software son propósitos sólo y pueden estar sujetos a modificaciones.
Esta información es suministrada por la Red Nacional de Epidemiología (RENE), cuya fuente es el registro de notificaciones y eventos sujetos a notificación inmediata o eventual.
La semana epidemiológica inicia el día domingo de cada semana y concluye el día sábado siguiente.
NOTIWEB pertenece al Ministerio de Salud del Perú.
Copyright © 2017. Todos los derechos reservados.

app7.dge.gob.pe/notiWeb/index.php/exportar/mnp/exportar/mnp

Inicio | ES | 09:37 a.m.

FLUJOGRAMA PARA LA NOTIFICACIÓN DE MUERTE PERINATAL EN LA MICRO RED DE CHILCA

