

Nº 35-02/2017-HCLLH/SA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 09 de Febrero del 2017

VISTO:

El Exp. N° 11274-2016, que contiene el Memorándum N° 04-01/2017-OPE-HCLLH/SA y el Memorando N° 703-12-2016-UESA-HCLLH-IGSS mediante los cuales, se solicita la aprobación de la "Directiva de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz"; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 25842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, la reducción de la mortalidad materna es uno de los objetivos de alta prioridad en la salud pública internacional, prueba de ello es que forma parte constitutiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya evidencia acumulada ha demostrado que el incremento de las muertes es consecuencia, entre otros factores, de los riesgos atribuibles al embarazo, parto y puerperio, así como a la calidad de atención de los servicios de salud; en consecuencia y como parte de la respuesta internacional, se han desarrollado intervenciones en países en vías de desarrollo dirigidas disminuir las muertes maternas, que en su mayoría son evitables, y que para hacer frente a este problema se requiere de la acción decidida del sector salud y de otros sectores sociales;



Que, por Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, de fecha 9 de marzo de 2005, se aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2006, con el objetivo general de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal;



Que, la "Directiva de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", tiene como objetivo general realizar la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema (MME) en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a fin de contribuir a la reducción y prevención de la morbilidad y mortalidad materna, a través de la

generación de información epidemiológica que permita identificar los problemas en la calidad de atención para la toma de decisiones;

Que, la citada directiva tiene los siguientes objetivos específicos: a) identificar y notificar los casos de MME que ocurren en los servicios asistenciales del HCLLH, b) activar la respuesta institucional frente a los casos de MME que permita mejorar los procesos y evitar la complicación y un desenlace fatal, c) caracterizar epidemiológicamente la MME en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, d) establece los puntos críticos durante la atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a través de los análisis individuales y colectivos de los casos de MME y e) medir el comportamiento de la MME a través de los indicadores de resultado;

Que, mediante Memorando N° 04-01-2017-OPE-HCLLH-SA e Informe N° 003-PP-OPE-HCLLH-2012 emitidos por la Oficina de Planeamiento Estratégico, se informa que la propuesta de directiva cuenta con la estructura correspondiente, según norma técnica y dan opinión favorable para su aprobación mediante la respectiva resolución directoral;

Que, en atención al documento del visto, la Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental solicita la aprobación de la "Directiva de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz";

Que, estando a lo solicitado, es necesario emitir la Resolución Directoral correspondiente;

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8 literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental y la Oficina de Asesoría Legal del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz";

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Aprobar la "Directiva de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", la misma que en anexo adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º.- Disponer que la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, se encargue del monitoreo, evaluación y supervisión del cumplimiento de la citada directiva, debiendo remitir a la Dirección Ejecutiva, un informe semestral sobre el resultado de sus actividades.

ARTÍCULO 3º.- Disponer que la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental se encargue de la difusión de la Directiva, conforme a sus objetivos y ámbito de aplicación.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



MINISTERIO DE SALUD
IGSS
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Dr. Javier Sukazán Kobashikawa
C.M. 21626
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JTK/NGL/GPMP

C.c.

* Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

**DIRECTIVA SANITARIA
N° 001-HCLLH-IGSS/V.1**

**DIRECTIVA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA DE LA
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
EN EL "HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ"**

Puente Piedra – Lima – Perú

Octubre, 2016





CONTROL DEL DOCUMENTO

ROL	ORGANO	FECHA	V°B°
ELABORADO POR	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL	17-10-2016	
REVISADO POR	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO		
	ASESORÍA JURÍDICA		
APROBADO POR	DIRECCIÓN EJECUTIVA		



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

DIRECTIVA SANITARIA N° 001-HCLLH-IGSS/V.1

DIRECTIVA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

I. OBJETIVOS.

1.1. Objetivo General:

- Realizar la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (MME) en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a fin de contribuir a la reducción y prevención de morbilidad y mortalidad materna, a través de la generación de información epidemiológica que permita identificar los problemas en la calidad de atención para la toma de decisiones.

1.2. Objetivos Específicos:

- Identificar y notificar los casos de MME que ocurren en los servicios asistenciales del HCLLH.
- Activar la respuesta institucional frente a los casos de MME que permita mejorar los procesos y evitar la complicación y un desenlace fatal.
- Caracterizar epidemiológicamente la MME en el HCLLH
- Establecer los puntos críticos durante la atención en el HCLLH, a través de los análisis individuales y colectivos de los casos de MME.
- Medir el comportamiento de la MME a través de los indicadores de resultado.

II. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente directiva sanitaria es de aplicación obligatoria en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú. 1993.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento (D.S. N° 013-2002-SA).
- Ley N° 27813, Ley que crea el Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA. Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA. Aprueba Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

- Ley N° 26260, Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar.
- Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)".
- Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA/DGSP, que aprobó la Norma Técnica de Planificación Familiar.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprobó las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprobó el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 386-2006, que aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- Resolución Ministerial N° 597-2006 que aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial, N° 1001-2005/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, que aprobó la Modificación de la Conformidad del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.
- Resolución Ministerial 598-2005, que aprobó la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprobó la Guía de práctica clínica para la Atención del Recién Nacido.
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA, que aprobó el reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015"
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria de notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública".
- Resolución Directoral N° 355-DG-INMP-2013, aprueba la Directiva Sanitaria N° 004-DG-INMP-2013 "Directiva para la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema en el Instituto Materno Perinatal".





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*

- Resolución Directoral N° 2062-2013-DRSC/DGDPH, aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-2013-GR CUSCO-DRSC-DEIS-EPI "Directiva para la Vigilancia de la Morbilidad Fetal, Neonatal, Materna Extrema para el monitoreo e investigación".
- Resolución Jefatural N° 707-2015/IGSS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-IGSS/V.1. "Lineamientos para la formulación, aprobación y actualización de Directivas en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
- Resolución Jefatural N° 336-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-IGSS/V.1. "Método para la toma de decisiones en casos de muerte materna en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593).
- OMS. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM. 2012.
- Resolución Ministerial N° 778-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V.02 "Directiva Sanitaria que establece la Notificación en Investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna".

IV. DISPOSICIONES GENERALES.

4.1 Definiciones Operacionales

4.1.1. Definición de caso:

En concordancia con las definiciones de términos establecidos por la OPS/OMS, el termino morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave y morbilidad materna extremadamente grave o "maternal near miss".

Se define un caso de morbilidad materna extrema como una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.

La necesidad del uso de este concepto es porque se ha identificado que estos casos comparten muchas características con la muerte materna, permite conocer las percepciones y todo aquello que ocurrió alrededor de su estado grave, así mismo permite identificar acciones de mejora en los servicios de salud para optimizar la calidad de atención materna.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

4.1.2. Criterios de inclusión de MME:

Para la identificación de casos, la OMS ha propuesto la aplicación de tres categorías basadas en:

- Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico, ruptura uterina, HELLP, Hipertiroidismo, Accidente Cerebro Vascular, embarazo ectópico roto, DPP.
- Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- Criterios relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

4.1.3. Definiciones operacionales de Enfermedad específica

Eclampsia:

Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión, edema vasógeno, daño endotelial, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos.

Choque séptico:

Estado de hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión a la disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o como una presión arterial menor de 60 mmHg que no tenga otra causa.

Choque hipovolémico:

Es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario al sangrado.

Ruptura Uterina:

Es la pérdida de continuidad del músculo uterino, que ocurran en pacientes en trabajo de parto activo, sangrado cuya intensidad es variable más frecuente sobre útero cicatrizal, dolor intenso al momento de la ruptura el cual cesa la dinámica uterina, partes fetales palpables a través de abdomen.





Embarazo ectópico roto:

Cuadro clínico de inicio súbito de dolor en hipogastrio o fosas iliacas acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, lipotimia, choque hipovolémico y taquicardia en mujer con prueba de embarazo positiva y que cumple con criterio de hemorragia obstétrica severa o por lo menos un criterio de disfunción orgánica.

Hipertiroidismo

Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.

Accidente cerebrovascular

Enfermedad grave cuando se interrumpe el flujo sanguíneo una zona del cerebro, causada por cualquier anomalía en el cerebro por un proceso patológico de los vasos sanguíneos incluyendo la oclusión, trombosis o embolia, ruptura de un vaso, alteración de la permeabilidad de la pared o aumento de la viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de los vasos cerebrales.

Desprendimiento Prematuro de placenta

Separación total o parcial ($\geq 50\%$) de la placenta normoinsera asociada a choque hemorrágico o coagulopatía de consumo y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.

4.1.4. Relacionada con Disfunción de órganos

TABLA 1. Datos relacionados con la Disfunción de órganos

Sistema o aparato afectado	Criterio clínico	Marcadores de laboratorio	Sustitutos basados en el manejo
Cardiovascular	Shock	Acidosis severa ($\text{pH} < 7,1$)	Administración continua de agentes vasoactivos
	Paro cardíaco	Hipoperfusión severa (Lactato $> 5 \text{ mEq/ml}$ ó $> 45 \text{ mg/dL}$)	Reanimación cardiopulmonar
Respiratorio	Cianosis aguda	Hipoxemia severa:	Intubación y ventilación que no tienen relación con la anestesia
	Respiración jadeante	- Saturación de oxígeno $< 90\%$ durante ≥ 60 minutos	
	Frecuencia respiratoria	- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200 \text{ mmHg}$	
Renal	Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	Creatinina $\geq 300 \mu\text{mol/l}$ o $\geq 3,5 \text{ mg/dL}$	Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda
Hematológico/de la coagulación	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml)	Transfusión de 3 unidades de sangre/glóbulos rojos
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia	Hiperbilirrubinemia aguda severa (Bilirrubina $> 100 \mu\text{mol/L}$ o $> 6,0 \text{ mg/dL}$)	
Neurológico	Pérdida del conocimiento/coma durante > 12 horas		
	Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico		
	Accidente cerebrovascular		
	Parálisis total		

Tomado de "Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near miss approach for maternal health". OMS 2011



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Relacionada con disfunción orgánica	Cardiaca	Paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.
	Vascular	Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico) Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial diastólica por debajo de 40 mmHg, índice cardíaco >3.5 L/min.m ² , llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD >110 persistente por más de 20 minutos.
	Renal	Deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (<0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.
	Hepática	Alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras, o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, o elevación de LDH ≥600 UI/L.
	Metabólica	Aquella que corresponde a comorbilidades como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras, y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hipercalcemia >200mmol/L, hiperglicemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.
	Cerebral	Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, lesiones hemorrágicas o isquémicas.
	Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no.
	Coagulación	Criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).

4.1.5. Relacionada con el manejo

Ingreso a UCI:

Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva.

Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia:

Procedimientos diferentes a un legrado, parto o la cesárea, practicados de urgencia para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante.

Transfusión sanguínea aguda:

Administración de tres unidades o más de hemoderivados en paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.



4.2. Fuentes de información:

4.2.1 Registros clínicos hospitalarios:

Se refiere a toda la documentación generada durante el proceso de atención de salud a la gestante o puerpera.

La historia clínica, las evoluciones médicas, las notas de obstetricia o enfermería, las órdenes médicas, los resultados de laboratorio y de pruebas



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión de
Servicios de Salud

Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

diagnósticas, las hojas de referencia y contrarreferencia, son entre otros los registros más utilizados como fuente de información.

4.2.2 Entrevista a la paciente:

Es la fuente primaria de información, valioso para el análisis de las demoras o retrasos en la atención de salud.

4.3. Identificación de los retrasos o demoras en la atención de salud:

Se realizara un análisis cualitativo basado en la información obtenida de los registros clínicos y la entrevista realizada a la gestante/puérpera y/o sus familiares, a fin de identificar la causalidad.

Utilizando la **metodología del camino para la supervivencia** se consideran:

Primer retraso: es aquel que ocurre en el hogar al no reconocer la gestante, la familia o la comunidad los signos de alarma.

Segundo retraso: se presenta cuando, reconocido el signo de alarma hay demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención de salud, y estaría regulado por variables como la distancia del hogar al EESS, el precio de los servicios en relación al poder adquisitivo de las personas, la percepción de la calidad del servicio por las(os) usuarias(os), la percepción de severidad del daño, la posición y el rol de la mujer en la familia, y el nivel de instrucción de la usuaria y familiares.

Tercer retraso: se produce luego que la usuaria o sus familiares deciden buscar atención de salud, y tiene que ver con la accesibilidad física a los EESS, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte.

El cuarto retraso: ocurre una vez que la usuaria llega al EESS, y está vinculado con la capacidad de instalar un tratamiento oportuno y adecuado, lo que estaría relacionado con la capacidad técnica del personal, el equipamiento, y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

4.4. Asignación de la causa básica:

Se utilizará la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – décima revisión- (CIE-10):

Causa principal o causa básica: La causa básica es definida como la enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos.

La causa básica identificada debe ser lo más específica posible.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*

La Tabla 1 presenta los nueve grupos de causas durante el embarazo, parto y puerperio, con ejemplos de las afecciones correspondientes a incluir en cada grupo. Clínicamente, las afecciones que pueden dar lugar a mortalidad también pueden causar morbilidad materna.

Tabla 1		
Grupos de causas básicas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio en grupos mutuamente excluyentes, y totalmente inclusivos ^a		
Tipo	Nombre/número del grupo	EJEMPLOS de potenciales causas de muerte
Muerte materna: directa	1. Embarazos que terminan en aborto	Aborto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto
Muerte materna: directa	2. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
Muerte materna: directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Muerte materna: directa	4. Infección relacionada con el embarazo	Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo
Muerte materna: directa	5. Otras complicaciones obstétricas	Todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos 1-4
Muerte materna: directa	6. Complicaciones imprevistas del manejo	Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio
Muerte materna: indirecta	7. Complicaciones no obstétricas	Afecciones no obstétricas • Cardiopatías (incluyendo hipertensión pre-existente) • Afecciones endócrinas • Afecciones gastrointestinales • Afecciones del sistema nervioso central • Afecciones respiratorias • Afecciones genitourinarias • Trastornos autoinmunes • Afección esquelética • Trastornos psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones que no derivan directamente del embarazo
Muerte materna: no especificada	Desconocida / indeterminada	Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Muerte durante el embarazo, parto y puerperio debida a causas externas

Causa contribuyente o asociada:

Afecciones que constituyen causas improbables de muerte pero que pueden haber contribuido a los eventos que la desencadenan (Afecciones contribuyentes).





Las causas contribuyentes pueden predisponer a las mujeres a la muerte, ya sea como afecciones preexistentes, o como factores de riesgo.

Causa contribuyente puede incluir afecciones que pudieran existir desde antes de que apareciera la causa básica, o bien que aparecieran durante la cadena de eventos que llevaron a la MME, y que por su naturaleza contribuyeran a la MME.

4.5. Registros de información: Los instrumentos que se utilizarán para la notificación e investigación epidemiológica de casos de MME son los siguientes:

- Ficha de investigación epidemiológica de casos de MME
- Búsqueda activa institucional mensual de casos de MME

4.6. Expedientes de casos MME: Todo caso de MME deberá generar un expediente exclusivo producto de la investigación epidemiológica que contenga los siguientes documentos:

- ✓ Ficha de investigación epidemiológica de casos de MME
- ✓ Copia fotostática de la historia clínica.
- ✓ Informes médicos, entre otros.

4.7. A partir de los registros de información se generará una base de datos a fin de realizar el análisis de datos y para el cálculo de los indicadores.

4.8. Abreviaturas utilizadas

HCLLH :	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
CPMMYPN:	Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal
MME :	Mortalidad Materna Extrema
EESS :	Establecimiento de salud
UESA :	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

4.9. Responsabilidades

Depende directamente del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal

La Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental es responsable de la vigilancia y notificación de casos de MME.

El Departamento de Gineco-Obstetricia es el encargado de facilitar la información necesaria del manejo de casos.



**PERÚ****Ministerio
de Salud**Instituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"*

La Unidad de Estadística es el encargado de proporcionar las historias clínicas necesarias para la discusión de casos.

El personal de salud asistencial tiene la obligación de reportar todo caso probable de MME a la UESA.

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

1. La vigilancia epidemiológica de la MME se realiza de manera diaria en los servicios asistenciales por el personal de la UESA, a fin de ubicar pacientes que cumplen el criterio de caso de MME.
2. Todo caso probable debe ser investigado y evaluado a fin de cumplir con los criterios de inclusión de MME.
3. Todo caso debe ser discutido por el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal quienes realizarán el análisis de caso y brindaran las recomendaciones necesarias a fin de contribuir a la disminución de la MME.
4. El personal responsable de la vigilancia epidemiológica de la MME de la UESA se encargará de la recolección de la información, notificación, generación de cuadros estadísticos y remitir el informe a la Dirección Ejecutiva, CPMM y Departamento de Gineco-Obstetricia de manera mensual.
5. En todo caso confirmado se llenará la Ficha de Investigación Epidemiológica de MME (Anexo 2), asimismo se entrevistará a la paciente o familiares a fin de determinar las posibles demoras en la atención.
6. Todas las fichas se ingresarán a la base de datos diseñada en Excel, a fin de realizar el cálculo de indicadores (Anexo 1).

VI. DISPOSICIONES FINALES.

La Dirección Ejecutiva y Administrativa brindarán las facilidades para la realización de la vigilancia de MME.

VII. ANEXOS.

1. INDICADORES
2. FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MME





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal*"Año de la Consolidación del Mar de Grau"***ANEXO 1. INDICADORES**

INDICADORES DE RESULTADOS		
Razón de MM (x100 000 nv)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MM}}{\text{N}^\circ \text{ nacidos vivos} \times 100\,000}$	Indica la prevalencia de la MM en la institución, es un indicador de resultado.
Razón de MME (x1 000 nv)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MME}}{\text{N}^\circ \text{ nacidos vivos} \times 1\,000}$	Indica la prevalencia de MME.
Índice de MM (%)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MM}}{(\text{N}^\circ \text{ casos MM} + \text{N}^\circ \text{ casos MME}) \times 100}$	Refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la calidad de la atención.
Relación MME / MM	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos MME}}{\text{N}^\circ \text{ casos MM}}$	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de la atención.
INDICADORES DE SEVERIDAD		
Relación criterios/caso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de criterios de inclusión}}{\text{N}^\circ \text{ casos MME}}$	Indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME. Refleja la severidad del compromiso de la salud materna. Su comparación por periodos permite evaluar el impacto de las intervenciones.
MME con tres o más criterios de inclusión (%)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos con } \geq 3 \text{ criterios de inclusión}}{\text{N}^\circ \text{ casos MME} \times 100}$	Indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con MME. La comparación en periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión de
Servicios de SaludHospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Comité de Prevención de la
Mortalidad Materna y Perinatal

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Ficha N°

I. Identificación:

1. N° Historia Clínica

Fecha de recolección
de datos / /

Apellidos y Nombres:

DNI:

Referida:

1. SI

2. NO

Establecimiento de salud:

Ingreso al HCLLH:

Servicio:

Fecha de ingreso:

Hora:

Domicilio:

Distrito:

Dirección:

II. Información General:

Edad

años

Ocupación:

Nivel de Instrucción:

1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Sup. Técnica 5. Sup. Universitaria 6. Sin dato

Estado Civil

1. Soltera 2. Casada/Conviviente 3. Separada/Divorciada 4. Otro 5. Sin dato

Seguro de Salud

1. SIS/AUS 2. EsSalud 3. Privado 4. Ninguno 5. Sin dato

III. Antecedentes:

Morbilidades

1. Ninguno 2. Tuberculosis 3. Diabetes 4. Hipertensión 5. VIH/SIDA 6. Sin dato 7. Otros: _

Gestas:

1. colocar número

Partos:

1. colocar número

Abortos:

1. colocar número

Periodo intergenésico

meses

Cesáreas

1. colocar número

NA= No aplica

SD= Sin dato o desconocido

MAC:

IV. Embarazo actual:

FUR: / /

FPP: / /

N° Atenciones pre-natales

Edad gestacional (sem)

Al momento del parto o aborto

Emb. Gemelar

1. SI 2. NO

Finalización del embarazo:

1. Aborto 2. Parto

Fecha:

Hora:

Lugar de atención:

1. HCLLH 2. Domiciliario 3. Particular 4. Otro EE.SS.:

Tipo de parto:

1. Vaginal 2. Cesárea 3. Otro 4. Desconocido 5. No aplica

Tipo de evacuación uterina

1. AMEU 2. Legrado uterino 3. No precisa 4. Otro 5. No aplica

Momento de complicación materna:

1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio

Fecha:

Hora:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN MME

V. Datos relacionados con el Manejo:

Ingreso a UCI

1. Si 2. No 3. Desconocido

Transfusiones (≥3)

1. Si 2. No 3. Desconocido

Cirugías adicionales

1. Ninguna 2. Histerectomía 3. Cesárea+Histerectomía 4. Laparotomía 5. Desconocido 6. Otra

Días de estancia en UCI

Número Transfusiones sanguíneas

VI. Datos relacionados con Enfermedad específica:

Eclampsia

HELLP

Shock séptico

DPP

Shock hipovolémico

ACV

Embarazo Ect. Roto

Ruptura Uterina

Hipertiroidismo

VII Datos relacionados con Disfunción Orgánica: (Ver Tabla 2)

A- Cardiovascular

1. Si 2. No 3. Desconocido

B- Respiratoria

1. Si 2. No 3. Desconocido

C- Renal

1. Si 2. No 3. Desconocido

D- Coagulación/Hematológica

1. Si 2. No 3. Desconocido

E- Hepática

1. Si 2. No 3. Desconocido

F- Neurológica

1. Si 2. No 3. Desconocido

VII Datos relacionados con el DIAGNOSTICO:

Dx INGRESO:

Dx EGRESO:

www.hcllh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 6 S/N
Puente Piedra. Lima 25, Perú
Telf. (511) 548-1898
Anexo: 195 o 124

IX. EGRESO:

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Condición de Egreso: 1. Alta médica 2. Referida 3. Fallecida 4. Desconocido

Complicación: NO ☐ SI ☐ CUAL? _____

Permanencia en el HCLLH días horas minutos

X. RECIÉN NACIDO

Condición al nacimiento: 1. Vivo 2. Fallecido 3. Óbito fetal 4. Desconocido 5. No Aplica

Sexo: _____ Peso: _____ gr. Apgar: _____ x1' _____ x5'

Patologías: _____

XI. DEMORAS - ANÁLISIS CUALITATIVO

1º DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

DESCRIBIR:

SI

NO

2º DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA

DESCRIBIR:

3° DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD

DESCRIBIR:

DISTANCIA DE SU DOMICILIO AL HCLLH (tiempo) = _____ minutos

4° DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO

DESCRIBIR:

TABLA . Datos relacionados con la Disfunción de órganos

Sistema o aparato afectado	Criterio clínico	Marcadores de laboratorio	Sustitutos basados en el manejo
Cardiovascular	Shock	Acidosis severa (pH <7,1)	Administración continua de agentes vasoactivos
	Paro cardíaco	Hipoperfusión severa (Lactato > 5 mEq/ml ó >45mg/dL)	Reanimación cardiopulmonar
Respiratorio	Cianosis aguda Respiración jadeante Frecuencia respiratoria	Hipoxemia severa: - Saturación de oxígeno <90% durante ≥60 minutos - PaO2/FiO2 <200 mmHg	Intubación y ventilación que no tienen relación con la anestesia
Renal	Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	Creatinina ≥300 μmol/l o ≥3,5 mg/dL	Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda
Hematológico/de la coagulación	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (<50.000 plaquetas/ml)	Transfusión de ≥5 unidades de sangre/glóbulos rojos
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia	Hiperbilirrubinemia aguda severa (Bilirrubina > 100 μmol/L o >6,0 mg/dL)	
Neurológico	Pérdida del conocimiento/coma durante > 12 horas Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico Accidente cerebrovascular Parálisis total		

Tomado de "Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near miss approach for maternal health". OM S 2011

EX. LAB. // FECHAS					
HB/HTO					
Leucocitos					
Abastondados					
Plaquetas					
LDH					
UREA					
CREATININA					
TGO					
TGP					
				www.hcllh.gob.pe	Av. Sáenz Peña 600 Puente Piedra, LIMA Telf. (511) 548-1818 Anexo: 195 o 196

www.hcllh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 6 S/N
Puente Piedra. Lima 25, Perú
Telf. (511) 548-1898
Anexo: 195 o 124

