



PERÚ

Ministerio
de Salud

SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional



SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL.

Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2009.

SALUD PERINATAL Y NEONATAL/ MUERTE FETAL/ MUERTE NEONATAL/COMPLICACIONES
NEONATALES/VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-05832

© **Ministerio de Salud, 2008**

Av. Salaverry N° 801 - Jesús María, Lima 11 - Perú

Teléfono: (511) 315 6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Dirección General de Epidemiología

Jr. Camilo Carrillo N° 402 Lima 11

www.dge.gob.pe

Primera edición, 2009

44 páginas

Tiraje: 1000 ejemplares

Proceso de Formulación de la Norma Técnica de Salud

Ministerio de Salud

Conducción

Dr. Edgar Caballero Cano

Dirección General de Epidemiología del MINSA

Coordinación General

Dr. Aquiles Vilchez Gutarra

Dirección de Vigilancia Epidemiológica. DGE- MINSA

Equipo Técnico Responsable

Dr. Aquiles Vilchez Gutarra

Dr. José Bolarte Espinoza

Dr. Juan Arrasco Alegre

Lic. Jeannette Avila Vargas-Machuca

Lic. Arturo Giraldo Coral

Dr. Cergio Espejo La Rosa

Dr. William Valdez Huarcaya

Dra. Isabel Nakamoto Tamashiro

Lic. Maria del Carmen Reyna Maurial

Dra. Graciela Zacarías Aguirre

Dr. Luis Miguel León García

Dra. Lucy Del Carpio Ancaya

Dra. Rosa Vilca Bengoa

Asistencia Técnica

CARE Perú

Dra. Marisol Vicuña Olivera

Revisión técnica final

Dr. José Bolarte Espinoza

Dra. Marisol Vicuña Olivera

Lic. Jeannette Avila Vargas-Machuca

Dr. Luis Robles Guerrero

Diseño e impresión

Publimagen ABC sac / 526-9392

Esta publicación ha sido posible gracias al auspicio del “Colectivo por la Salud Neonatal”, una alianza nacional, que está integrada por ADRA, CARE Perú, OMS-OPS, PRISMA, UNICEF, USAID, Sociedades Científicas y expertos en salud pública perinatal y neonatal.

Este documento puede ser copiado y citado total o parcialmente siempre y cuando se mencione la fuente.

Dr. ALAN GARCÍA PÉREZ

Presidente de la República

Dr. YEHUDE SIMON MUNARO

Presidente del Consejo de Ministros

Dr. OSCAR UGARTE UBILLUZ

Ministro de Salud

Dr. MELITÓN ARCE RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud

Dr. EDGAR CABALLERO CANO

Director General de la Dirección General de Epidemiología

Dr. AQUILES VILCHEZ GUTARRA

Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica

DR. JOSÉ BOLARTE ESPINOZA

Director Sectorial de la Dirección Sectorial de Vigilancia en Salud Pública

AGRADECIMIENTOS

La Dirección General de Epidemiología, expresa su agradecimiento:

A los equipos técnicos de las Direcciones Regionales de Salud del país, quienes aportaron con sus valiosas experiencias y aprendizajes en la formulación del presente Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal: a la Dra. María del Rosario Yga y al Dr. Julio Vidaurre de la Dirección de Salud Cajamarca; al Dr. Pablo Grajeda, al Dr. Luis Gonzales y al Tec. Edgar Capcha de la Dirección Regional de Salud Cusco; a la Dra. María Elena Fano y Al Dr. Segundo Cruz de la Dirección Regional de Salud La Libertad; a la Dra. María Edith Solis, al Dr. Andy Valencia, y a la Lic. Iris Castillo de la Dirección Regional de Salud Tumbes.

A los equipos técnicos de la Dirección General de Epidemiología, del Programa de Etapa de Vida Niño de la Dirección de Atención Integral de Salud de la DGSP, de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la DGSP, de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, por su participación y aportes en el desarrollo del presente documento.

Al Instituto Nacional Materno Perinatal y al Programa Nacional Materno Perinatal de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud – EsSalud por compartir sus experiencias de desarrollo de sistemas de información perinatal y sus aportes al presente documento.

A la Dra. Graciela Zacarías Aguirre por sus valiosos aportes en la elaboración del presente documento y su compromiso por la salud de los neonatos del país.

Al Dr. Luis Robles Guerrero por su colaboración en la revisión técnica y estilo final de la Norma Técnica Sanitaria del presente documento.

Al Dr. Martín Clendenes Alvarado, por el apoyo que viene brindando al posicionamiento y desarrollo técnico de la salud neonatal en el país.

Al “Colectivo por la Salud Neonatal”, en especial al Proyecto Voces Participativas de CARE Perú por su apoyo técnico y acompañamiento al proceso, a ADRA, UNICEF y USAID por su apoyo técnico y financiero, a la OPS- OMS, a la Sociedad Peruana de Pediatría, y a las Doctoras Luz Dodobara y Luisa Sacieta por sus aportes técnicos en los diversos componentes del Subsistema

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
PRESENTACIÓN	11
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 279-2009/MINSA	13
NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL	15
I. FINALIDAD	17
II. OBJETIVO	17
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	17
IV. BASE LEGAL	17
V. DISPOSICIONES GENERALES	19
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	25
VII. COMPONENTES	30
VIII. RESPONSABILIDADES	32
IX. DISPOSICIONES FINALES	33
X. BIBLIOGRAFÍA	34
XI. ANEXOS	35
ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL	36

ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICACIÓN MENSUAL DE COMPLICACIONES NEONATALES E INDICADORES DE LA RESPUESTA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL (Parte I y II)	37
ANEXO 3: MATRIZ PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DEL SSVEPN (Parte I y II)	39
ANEXO 4: INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL (Parte I y II)	41
ANEXO 5: FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE LA MUERTE FETAL Y NEONATAL E INVESTIGACIÓN DE LA MUERTE NEONATAL	43

PRESENTACIÓN

En el Perú, pese a que se ha logrado una reducción significativa de la tasa de mortalidad infantil (57 X 1000 n.v en 1992 a 18 X 1000 n.v en 2007), esto se ha dado más a expensas de la mortalidad posneonatal. Las tasas de mortalidad neonatal permanecen altas, el 62% de la mortalidad infantil corresponde a los neonatos. Las poblaciones más pobres y excluidas del país concentran las cifras de mortalidad neonatal más altas, similares a la de los países subdesarrollados, es el caso de Huancavelica y la India, o Puno y Guinea.

La salud es un derecho fundamental de las niñas y niños, lo cual significa que son personas que requieren de especial protección por su nivel de vulnerabilidad. Sin embargo, durante décadas, el problema de la salud fetal y neonatal ha sido invisible para los políticos, proveedores de salud y la comunidad. Los neonatos son las personas más vulnerables y requieren de un Estado y Sociedad responsables para sobrevivir y tener una vida saludable.

Recientemente, el MINSA, en la actual gestión del Sr. Ministro Dr. Oscar Ugarte, ha priorizado el “Conjunto articulado de intervenciones más efectivas para la reducción de la mortalidad neonatal, en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad” para su implementación en el ámbito nacional. Esta acción, marca el inicio del trabajo focalizado en la salud perinatal y neonatal, prioritariamente en las poblaciones más excluidas del país.

En abril de 2009, el Congreso de la República promulgó la Ley Marco del Aseguramiento Universal, que establece que el Ministerio de Salud iniciará el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), priorizando las zonas de pobreza y pobreza extrema. Entre las condiciones incluidas en el PEAS, están las relacionadas a las Condiciones Pediátricas, y de manera específica las Condiciones que afectan al Recién Nacido.

Para el monitoreo de estas iniciativas de reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, que desarrolla el MINSA, se hace necesario contar con información confiable y oportuna, que posibilite una aproximación a la magnitud real del problema en esta etapa de vida de la niña y niño, vigilar los progresos de las intervenciones y así sustentar la toma de decisiones en el nivel local, regional y nacional.

En este marco, el MINSA mediante la Dirección General de Epidemiología, ha formulado el Sub Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, a partir de un análisis de causalidad de los determinantes de la salud perinatal y neonatal y la identificación de las intervenciones más costo-efectivas, para su monitoreo regular y sistémico, a través de un conjunto de indicadores y de estrategias de investigación epidemiológica.

La presente Norma Técnica de Salud N° 078-MINSA/DGE-V.01, ha sido aprobada con Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, del 23 de abril del 2009, la misma que se pone a disposición de todos los servicios de salud del país.

Dirección General de Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD

No. 279-2009/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 23 de ABRIL del 2009



Visto el Expediente N° 09-028349-001, que contiene el Memorando N° 0597-2009-DGE-DVE-DSVSP/MINSA de la Dirección General de Epidemiología, el Memorandum N° 1402-2009-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, el Memorandum N° 0797-2009-OGPP-OPGI/MINSA de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y el Informe N° 400-2009-OGAJ/MINSA de la Dirección General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el artículo 17° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que la Dirección General de Epidemiología está a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del proceso de Prevención y Control de Epidemias y Desastres del Sector Salud;

E. CABALLERO C.



E. CRUZ S.

Que, el inciso a) del artículo 57° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Epidemiología tiene como función diseñar, normar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, en el ámbito nacional;

Que, mediante Memorandum N° 0597-2009-DGE-DVE-DSVSP/MINSA, la Dirección General de Epidemiología remite para su aprobación el proyecto de "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal", cuya finalidad es contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal en el Perú, disponiendo de información oportuna para una adecuada toma de decisiones políticas sanitarias en el marco de la descentralización en salud;



A. Portocarrero G.

Que, por los motivos antes expuestos, se hace necesario aprobar la mencionada Norma Técnica de Salud que establezca un Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, que estandariza los procedimientos e instrumentos a utilizar por las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Epidemiología;



V. Rojas M.



n León Ch.

Con el visado del Director General la Dirección General de Epidemiología, del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Directora General de la Dirección General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y



De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 078 -Minsa/DGE-V.01: "Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Epidemiología la difusión y seguimiento de la aplicación de la precitada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud del nivel nacional, son responsables del cumplimiento de la mencionada Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal en los establecimientos de salud del ámbito de su jurisdicción.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

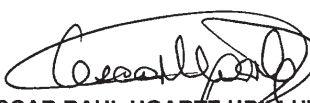
Regístrese y comuníquese y publíquese.



E. CABALLERO C.



R. CRUZ S.


OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
MINISTRO DE SALUD



A. Portocarrero G.



V. Rojas M.



D. Ch.

NTS N° 279-2009 / MINSA / DGE V.01

**NORMA TÉCNICA DE
SALUD QUE ESTABLECE
EL SUBSISTEMA
NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA
PERINATAL Y NEONATAL**

I. FINALIDAD

Contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal en el Perú, disponiendo de información oportuna para una adecuada toma de decisiones político sanitarias en el marco de la descentralización en salud.

II. OBJETIVO

Establecer las pautas y procedimientos para la implementación del subsistema nacional de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal, en todos los niveles de atención de salud, según corresponda.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud (NTS) es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos locales, Clínicas y otros del subsector privado), según corresponda.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud”
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Supremo N° 003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de Aplicación Obligatoria para todos los Establecimientos que Reciban Financiamiento del SIS.
- Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA que amplía el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo N° 1 del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA que aprueba las “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los “Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal”
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”
- Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, que aprueba la Directiva N° 111-MINSA-SIS-V.01 “Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA”
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba las Trece Guías Técnica (12 Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) para la atención del Recién Nacido.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos”.
- Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: “Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud de fecha 20 de julio del 2007
- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico: “Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015”.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

5.1.1 Subsistema de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal (SSVEPN).

Es un componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en el cual se 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.

5.1.2 Vigilancia epidemiológica universal

En el marco de la presente NTS, es la vigilancia basada en la notificación individual de todos los casos de muerte fetal y neonatal que ocurren en el territorio nacional, independientemente del lugar de la muerte. En el nivel local, se vincula con la vigilancia comunal.

5.1.3 Vigilancia centinela

Es la vigilancia en la que los grupos poblacionales, casos, áreas o establecimientos de salud de los cuales se recolecta información, son seleccionados por su representatividad cualitativa más que por su representatividad estadística, con respecto al universo al cual se desea inferir sus resultados.

En el marco, de la presente NTS, se denomina vigilancia centinela a la que se realiza en los hospitales y al estudio de los casos centinela seleccionados.

5.1.4 Hospital Centinela

Se denomina hospital centinela a aquellos que forman parte de la vigilancia centinela y que deberán cumplir con los siguientes criterios:

- a. Hospital de mayor complejidad en la Región, o
- b. Hospital que concentre la mayor demanda de atención de partos y recién nacidos, o
- c. Hospital con más de 1500 egresos hospitalarios anuales, y Hospital que cuente con un responsable de Epidemiología.

Los hospitales que cumplan con los criterios antes señalados, deben ser oficialmente reconocidos como “Hospital Centinela” por la DISA/ DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el nivel regional.

En el caso de Lima, se incluirá a todos los hospitales nacionales y al Instituto Nacional Materno Perinatal.

5.1.5 Caso Centinela

Casos que pueden ser poco frecuentes pero de marcada relevancia, que implican la necesidad de un análisis estricto y particular, para tomar decisiones de mejora en los

niveles operativos. En la presente NTS son casos centinela: i) Óbito de RN con peso igual o mayor a 2500 gramos, ii) Muerte por prematuridad en RN con más de 1500 gr., iii) Recién nacido por cesárea programada, que no sea por por Preeclampsia severa o Eclampsia, Ruptura Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), cardiopatía; y que pesa al nacer menos de 2500 gr. o que desarrolla Enfermedad de Membrana Hialina.

5.1.6 Investigación epidemiológica

En el marco de la presente NTS, se denomina investigación epidemiológica al proceso que permite obtener información específica y relevante sobre factores y determinantes de morbilidad y mortalidad neonatal, que no es posible obtener por las otras estrategias de vigilancia del SSVEPN.

5.1.7 Recién nacido o neonato

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

5.1.8 Muerte Perinatal

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

5.1.9 Muerte Fetal

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

5.1.10. Muerte Neonatal

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

5.1.11 Muerte Neonatal Precoz

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

¹ CIE 10

5.1.12 Muerte Neonatal Tardía

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

5.1.13 Bajo Peso al Nacer

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

5.1.14 Recién Nacido Prematuro

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

5.1.15 Complicaciones Neonatales

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

5.1.16 Caso probable de Asfixia del nacimiento

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

5.1.17 Caso confirmado de Asfixia del nacimiento

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

5.1.18 Caso Probable de Dificultad Respiratoria Neonatal

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

5.1.19 Caso confirmado de Dificultad Respiratoria Neonatal

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

² De acuerdo a la CIE-10, la entidad Asfixia del nacimiento incluye: i) Asfixia del nacimiento severa (P21.0), ii) Asfixia del nacimiento leve y moderada (P21.1) y iii) Asfixia del nacimiento no especificada (P21.9).

³ La Dificultad respiratoria del recién nacido (P22), incluye: i) Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (antes llamada Enfermedad de Membrana Hialina, más frecuente en RN prematuros), ii) Taquipnea transitoria del recién nacido (P22.1), Otras dificultades respiratorias del recién nacido (P22.8), y iv) Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada (P22.9).

5.1.20 Caso probable de Sepsis Bacteriana del Recién Nacido⁴

Recién nacido que presenta:

- a) Dos o más de los siguientes signos: Dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis y/o piel marmórea y/o trastornos gastrointestinales, vómito porráceo y/o íleo, y presenta además b) y c),
- b) Uno o más factores de riesgo asociados para sepsis⁵, y
- c) Al menos una de los siguientes resultados de laboratorio: Recuento de leucocitos anormales, relación neutrófilos inmaduro/neutrófilos totales $> 0,16$ (en las primeras 24 horas), VSG aumentada, proteína C reactiva positiva y otros métodos de ayuda diagnóstica positivos como radiografía.

5.1.21 Caso confirmado de Sepsis Bacteriana del recién nacido

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

- 5.2. La conducción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SSVEPN) está a cargo de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- 5.3. El SSVEPN está integrado por todos los establecimientos de salud públicos y privados contemplados en el ámbito de aplicación de la presente NTS.
- 5.4. La vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal, se realiza de acuerdo a las siguientes estrategias: i) Vigilancia epidemiológica universal de la mortalidad fetal y neonatal, ii) Vigilancia centinela, e iii) Investigación epidemiológica.
- 5.5. En las microrredes, redes, hospitales, DIRESA o la que haga sus veces y el nivel nacional, se conformará Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal, reconocidas con una Resolución Directoral, con funciones específicas que tienen relación con la implementación y el desarrollo del SSVEPN y que se describen en las disposiciones específicas de la presente NTS.
- 5.6. Los casos bajo vigilancia epidemiológica universal son muerte fetal y muerte neonatal, que debe realizarse en todos los establecimientos de salud de país, independientemente de su nivel de complejidad. Los casos se notifican en forma

⁴ Esta definición no incluye los casos de Sepsis Neonatal Nosocomial, información que se recoge a través del Sub Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intra Hospitalarias según NTS N° 026 y que se reporta como dato acumulado en el SSVEPN.

⁵ Factores de riesgo maternos: Ruptura Prematura de Membranas mayor de 24 horas, fiebre materna, parto séptico, líquido amniótico meconial mal oliente, espeso o purulento, trabajo de parto prematuro, trabajo de parto prolongado mayor a 12 horas, corioamnionitis, infecciones maternas tales como infección urinaria y más de tactos durante el trabajo de parto.

obligatoria e individual, y con periodicidad semanal. Permitirá la construcción de los siguientes indicadores:

Casos bajo vigilancia epidemiológica universal	Indicadores
Muerte Fetal	Tasa de muerte fetal
Muerte Neonatal	Tasa de muerte neonatal
	Tasa de muerte perinatal

- 5.7.** La vigilancia centinela se realiza en los hospitales que cumplan con los criterios que se establecen en las disposiciones específicas de la presente norma.
- 5.8.** Además de las muertes fetales y neonatales, los Hospitales Centinela, notifican de manera obligatoria y mensual, los datos acumulados de los siguientes casos e indicadores hospitalarios:

Datos acumulados	Indicadores hospitalarios ⁶
Recién nacido de Bajo Peso al Nacer	Proporción de recién nacidos de bajo peso al nacer
Recién nacido prematuro	Proporción de recién nacidos prematuros
Recién nacido con complicaciones neonatales: Asfixia del nacimiento, Dificultad Respiratoria neonatal, Sepsis Bacteriana del Recién Nacido	Tasa de complicaciones neonatales por causa específica Tasa de letalidad por complicaciones neonatales por causa específica
Sepsis Neonatal Nosocomial	Tasa de Incidencia de Sepsis Neonatal Nosocomial Tasa de Letalidad de Sepsis Neonatal Nosocomial
RN por cesárea	Proporción de partos por cesárea
Recién nacidos con complicaciones referidos para hospitalización	Proporción de recién nacidos con complicaciones referidos que son admitidos a hospitalización

⁶ La construcción de los indicadores se muestran en el Anexo 3

- 5.9.** El SSVEPN utilizará los siguientes formatos de recolección de datos: Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal [Anexo 1], Ficha para Autopsia Verbal del Neonato [ver disposiciones finales] y Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal [Anexo 2] .
- 5.10.** En los establecimientos de salud del primer nivel de atención, el responsable de vigilancia epidemiológica se encarga del llenado de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal, que incluye muerte institucional y muerte comunitaria de la jurisdicción del establecimiento de salud.
- 5.11.** En los hospitales el personal de los servicios de emergencia, obstetricia, sala de partos, sala de operaciones, pediatría, neonatología y/o UCI neonatal deberán comunicar de manera inmediata a la Oficina de Epidemiología del hospital la ocurrencia de toda muerte fetal o neonatal. El personal de epidemiología es responsable del llenado completo de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal, y de la notificación, previo análisis de la calidad de los datos por el Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal del hospital.
- 5.12.** Todos los establecimientos de salud remitirán las Fichas de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal al nivel correspondiente, siguiendo el flujo regular de la notificación epidemiológica semanal obligatoria. (Ver Anexo 5)
- 5.13.** El control de calidad de la información del SSVEPN es responsabilidad del personal de salud encargado de la vigilancia epidemiológica en los establecimientos del primer nivel de atención, y de los Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal en la microrred o red, DIRESA y el MINSA.
- 5.14** La información del SSVEPN será almacenada y procesada en el aplicativo informático Noti-SP V.03⁷, cuyos reportes serán difundidos mensualmente entre los que toman decisiones de todos los niveles de gobierno.
- 5.15.** La retroalimentación del SSVEPN se realiza mediante la emisión de reportes, boletines, exposiciones presenciales y/o virtuales (Sala de Situación) desde el nivel nacional hacia las regiones, y de éstas hacia los niveles locales (red, microrred y establecimientos de salud).
- 5.16.** La investigación epidemiológica, en el marco de la presente NTS, se realiza con el objetivo de identificar y analizar los determinantes de la mortalidad perinatal y neonatal, que no puede obtenerse por otras estrategias de vigilancia. Esta estrategia es desarrollada en todos los niveles del sistema.

⁷ El Noti-SP V.03, es la versión vigente del aplicativo informático usado para la notificación de las enfermedades o eventos de notificación obligatoria en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; se encuentra disponible en el portal Web de la Dirección General de Epidemiología del MINSA: <http://www.dge.gob.pe>

- 5.17.** En los establecimientos de salud del primer nivel de atención integrados a redes y microrredes de salud del país, en coordinación con los gobiernos locales y regionales, debe incorporarse la participación de la comunidad y los actores sociales en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Las estrategias de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal deberán implementarse siguiendo los siguientes procedimientos:

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

6.1.1 Recolección de información

- En el nivel local (Establecimientos de salud) se realizará la detección y notificación de las muertes fetales y neonatales.
- La Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal (Anexo 1), consta de los siguientes datos básicos: Identificación, sexo, edad gestacional, fecha y hora de nacimiento, fecha y hora de defunción, peso al nacer, tipo de muerte (fetal o neonatal), causa básica de muerte, horas y días de estancia hospitalaria, lugar de parto, momento de ocurrencia de la muerte y lugar de la muerte.
- Para el llenado de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal en los establecimientos de salud, se utiliza las siguientes fuentes de información: Libros y registros de muertes fetales y neonatales, libros de atención de partos, certificados de defunción, base de datos del SIS, historias clínicas, libros de atención de emergencias, libros de reportes operatorios, libros de hospitalización de los servicios de pediatría, UCI neonatal y neonatología, libro de egresos y otros disponibles.
- Para las muertes ocurridas en el hogar o la comunidad, las fuentes de información podrán ser las entrevistas a los familiares y responsables de la atención del neonato, el agente comunitario de salud, partera u otra persona de la comunidad.
- Es función de los responsables de vigilancia epidemiológica en cada establecimiento de salud el llenado de la Ficha y la notificación obligatoria de todas las muertes fetales y neonatales, que lo realiza en coordinación con el personal que atiende a la madre y el recién nacido. Las muertes que ocurran en el hogar o comunidad, reportadas al establecimiento de salud (por medio escrito o verbal), también serán de notificación obligatoria.
- El control de calidad de los datos consignados en la ficha de notificación está a cargo del pediatra o neonatólogo, miembro del Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal del hospital, de ser el caso, o de los Comités en Redes y Microrredes cuando las muertes ocurran en otros establecimientos de salud o comunidad.

- El Director(a) o Jefe(a) del establecimiento de salud es responsable de garantizar el cumplimiento de la notificación de las muertes fetales y neonatales, la emisión de reportes periódicos y de la aplicación de las medidas correctivas para la prevención de las muertes evitables.
- Los responsables de vigilancia epidemiológica en todos los establecimientos de salud remitirán la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal según el flujo regular de la notificación obligatoria semanal [ver anexo 5].
- Para la consistencia de la información de muertes fetales y neonatales notificadas por el SSVEPN, los responsables de la vigilancia epidemiológica de la microrred y red, realizarán la búsqueda activa de muertes fetales y neonatales en los registros civiles de la municipalidad distrital. Las 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.

6.1.2 Investigación Clínico Epidemiológica de las muertes neonatales

El Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal de las microrredes, redes u hospitales según corresponda, realizará la investigación clínica y epidemiológica de las muertes neonatales institucionales.

En base a ello, los comités de vigilancia emitirán reportes mensuales que den cuenta del número de muertes analizadas, los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones, para los niveles de decisión correspondientes.

Los informes de análisis conservarán los criterios de confidencialidad relacionados a la identidad de los pacientes, y solo tendrán acceso a esta información los miembros del Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal, y del Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal (CPMMP).

Sobre las muertes neonatales comunitarias

- Todas las muertes neonatales comunitarias ocurridas en la jurisdicción del establecimiento de salud deben ser analizadas por el Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal de la microrred o red, según corresponda, dentro de los primeros 5 días de ocurrido el evento; para lo cual se hará uso de la Ficha para Autopsia Verbal del Neonato.
- Al término de la investigación de la muerte comunitaria, el personal de salud deberá reunirse con la comunidad, para analizar el caso y promover las prácticas adecuadas del cuidado del neonato en el hogar y la comunidad.
- La Ficha de Autopsia Verbal será ingresada a una base de datos autorizada por la Dirección General de Epidemiología, a partir de la cual se seleccionarán un conjunto pequeño de variables para su envío a los niveles regional y nacional. El conjunto de variables será definido en forma conjunta entre los niveles regional y nacional. La información generada por el sistema se enviará siguiendo el flujo de la notificación obligatoria semanal.

- El Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal en todos los niveles, brindará 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, regional y nacional, realizará reuniones de análisis de la mortalidad perinatal y neonatal según lo establecido en la R.M. N° 453-2006/MINSA, en base a la información que genera el SSVEPN.

6.1.3. Procesamiento y análisis de datos

- El control de calidad del llenado de la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal es responsabilidad del médico pediatra o neonatólogo integrante del Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal en el nivel de microrredes, redes, hospital y DIRESA, según corresponda, y del responsable de vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud.
- La consistencia final de los datos generados por el subsistema de vigilancia frente a otros subsistemas de información (SIS, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa Vida Niño u otros) es responsabilidad de la Dirección de Epidemiología de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional.
- Los datos de la notificación de muertes fetales y neonatales serán ingresados y procesados en un módulo informático de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Perinatal y Neonatal en el aplicativo NotiSP, bajo responsabilidad de la Oficina de Epidemiología o la que haga sus veces en cada nivel de vigilancia.
- El subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Perinatal y Neonatal producirá los siguientes indicadores [Ver Anexo 3]:
 - * Para los niveles nacional y regional: Tasa de mortalidad perinatal, Tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad fetal, y las variables contenidas en la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal.
 - * Para el nivel local: Número de casos de muertes perinatales, neonatales y fetales, y las variables contenidas en la Ficha de Notificación de Muerte Fetal y Neonatal.
- El análisis de la información en todos los niveles del sistema se realizará con el método BABIES⁸. Otros métodos de análisis podrán ser utilizados de acuerdo a las necesidades de información de los usuarios.
- El nivel de desagregación de la información de muertes fetales y neonatales se realizará en el nivel regional hasta la localidad o ámbito jurisdiccional del establecimiento de salud, permitiendo de esta manera identificar los lugares con la mayor magnitud de muertes notificadas.

⁸ Matriz BABIES, 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. The Healthy Newborn. A reference Manual for Program Managers. CDC-CCHI-CARE. 2002

- En el nivel nacional la desagregación de la información se realizará, por departamentos, provincias y distritos para estratificar los riesgos en estos niveles.

6.1.4. Difusión de la información

- Los reportes de vigilancia serán emitidos por la Oficina de Epidemiología o la que haga sus veces en los niveles local, regional y nacional, con una periodicidad mensual.
- Las modalidades de difusión de los reportes son boletines, informes técnicos, exposiciones presenciales o virtuales (Sala de Situación), alertas epidemiológicas u otros, que se elaborarán en cada uno de los niveles del SSVEPN.
- Son usuarios de los reportes del SSVEPN: El CPMMP, los representantes de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, Etapa de Vida Niño, Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal, los profesionales de la salud en los niveles locales, decisores de gobierno, sociedades científicas, estrategias de focalización del gasto social y otros actores involucrados.

6.2.- De la Vigilancia Centinela Basada en Hospitales

6.2.1. Recolección de datos

Los datos a ser notificados serán recolectados mediante revisión de los registros administrativos hospitalarios: Registro de atención de emergencias, registro de muertes fetales y neonatales, registro de atención de partos, historia clínica, formulario de historia clínica del Sistema de Información Perinatal (SIP 2000), libro de reportes operatorios, registros de hospitalización de los servicios de pediatría o neonatología, registros de UCI Neonatal, Sistema de Egresos Hospitalarios, reportes de la base de datos del SIS y otros disponibles.

- La notificación de los casos e indicadores hospitalarios objeto de vigilancia centinela, se realizará en forma de datos agrupados (consolidados), a través de la Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal, que se adjunta en el Anexo 2.
- La Oficina de Epidemiología del Hospital o la que haga sus veces, es responsable del llenado de la Ficha de Notificación Mensual. Los datos deberán ser consignados en forma completa y clara.
- El Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal será responsable del control de calidad de los datos a ser notificados, en coordinación con la Oficina de Epidemiología en cada nivel del SSVEPN.
- En los Hospitales centinela, además del análisis clínico y epidemiológico de las muertes neonatales institucionales se realizará, la investigación de los siguientes casos centinela:
 - * Muerte por prematuridad en recién nacido con más de 1500 gramos de peso.

- * Nacimiento de un neonato por cesárea programada, que no sea por Preeclampsia severa o Eclampsia Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU), cardiopatía; y que pesa al nacer menos de 2500 gr o que desarrolla Enfermedad de Membrana Hialina.

6.2.2. Procesamiento y análisis de los datos

- La Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales (Anexo 2) debe ser remitida por la Dirección del Hospital a la Dirección de Epidemiología de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente, a través del flujo del sistema de notificación obligatoria.
- La Dirección de Epidemiología de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces, remitirá la información a la Dirección General de Epidemiología del MINSA hasta el décimo día hábil de cada mes.
- El análisis de información es responsabilidad de la Oficina de Epidemiología de los hospitales, DISA, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional; deberá involucrar la participación de los otros miembros de Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal y del CPMMP.
- La base de datos regional y nacional del SSVEPN producirá indicadores desagregados por nivel local, regional y nacional según corresponda; con periodicidad mensual y de acuerdo a la necesidad de los usuarios. Las fórmulas de construcción de los indicadores se presentan en el Anexo 3.

6.2.3. Difusión de la información

- El Comité de Vigilancia del hospital, emitirá en forma mensual, un reporte de vigilancia, con un análisis básico y recomendaciones para la mejora de la atención perinatal y neonatal, que será remitido a la Dirección General del hospital y las jefaturas de los servicios de gineco-obstetricia y neonatología; con copia a la Oficina de Epidemiología de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, y a la Dirección General de Epidemiología.
- La difusión de la información se realizará mediante boletines, informes técnicos, presentaciones u otros que serán generados y socializados en los diferentes niveles.

La Dirección General de Epidemiología brindará asistencia técnica para la implementación de la vigilancia epidemiológica en los hospitales centinela.

6.3. Investigación epidemiológica

- En todos los niveles del sistema, deberá priorizarse los siguientes temas de investigación epidemiológica⁹: i) determinación de la prevalencia de RN que

⁹ Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V01. “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatales el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”

- inician la Lactancia Materna Exclusiva antes de la primera hora post parto, ii) prevalencia y factores asociados al cumplimiento de tratamiento de anemia en gestantes, iii) prevalencia y factores asociados con la recuperación de peso de los recién nacidos al décimo día de vida, iv) Determinantes del bajo peso al nacer y la prematuridad.
- El MINSA, las DISAS /DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, fomentarán el desarrollo de investigaciones en temas de salud materno perinatal y neonatal, a diversos niveles.
 - La Dirección General de Epidemiología y sus homólogos en las DISAS, DIRESAS o las que hagan sus veces en el territorio regional, brindarán asistencia técnica para la formulación, gestión del financiamiento y ejecución de las propuestas de investigación que se generen.

VII. COMPONENTES

7.1. Organización

- Las DISAS, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional garantizarán que todos los establecimientos de salud implementen el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, con el apoyo de los Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal, que deberán trabajar en forma coordinada e interrelacionada en todos los niveles, mediante los procesos establecidos en la presente NTS.
- En las redes y microrredes, los Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal estarán integrados por un médico pediatra, un gineco-obstetra, el responsable de vigilancia epidemiológica y la persona que coordina acciones con los agentes comunitarios de salud (ACS) de la jurisdicción. Deberán cumplir con las siguientes funciones:
- Supervisar el cumplimiento de la notificación de las muertes fetal y neonatal ocurridas en su área geográfica.
- Promover y favorecer la participación de la comunidad, especialmente los ACS, parteras y otros líderes.
- El neonatólogo o pediatra miembro del Comité realiza el control de calidad de los datos de la vigilancia de mortalidad.
- Realizar la investigación clínica y epidemiológica de las muertes neonatales institucionales y enviar el informe a la Dirección de Epidemiología de la DISA, DIRESA, según corresponda.
- Realizar reuniones con el personal de salud de los establecimientos para analizar la información, proponer y acordar las medidas pertinentes.
- Facilitar el desarrollo de actividades de capacitación permanente en salud fetal y neonatal para el personal de salud, en coordinación con el CPMMP.

- Promover la coordinación local multisectorial para la prevención y el control de la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

En los hospitales, el Comité de Vigilancia estará integrado por el responsable de epidemiología, un médico neonatólogo o el que haga sus veces, un médico gineco-obstetra, y el estadístico encargado de los registros médicos. Cumplirá con las funciones a las que se hace referencia en las disposiciones específicas que corresponden a la vigilancia epidemiológica universal y la vigilancia en los hospitales centinela.

- Supervisar el cumplimiento de la notificación de las muertes fetal y neonatal ocurridas en el hospital.
- Promover y favorecer la participación del personal de salud de los servicios de obstetricia y neonatología/pediatría en el análisis de la información que genera el SSVEPN.
- El neonatólogo o pediatra miembro del Comité realiza el control de calidad de los datos de la vigilancia de muertes fetales y neonatales, y de la información de la vigilancia centinela.
- Realizar el análisis de los casos centinela a los que se hace referencia en el ítem 6.1.2, y enviar el informe a la Dirección de Epidemiología de la DISA, DIRESA según corresponda.
- Participar en las reuniones que convoque el Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces, para analizar la información, proponer y acordar las medidas pertinentes, en relación al funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Facilitar el desarrollo de actividades de capacitación permanente en salud fetal y neonatal para el personal de salud, en coordinación con el CPMMP.

En el MINSA a nivel nacional, en la DIRESA, DISA o la que haga sus veces en el ámbito regional, los Comités de Vigilancia estarán integrados por los Directores o responsables de la Etapa Vida Niño, y de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, un epidemiólogo de la Oficina o Dirección de Epidemiología, un representante de Promoción de la Salud, y un estadístico de la Oficina de Estadística e Informática; así como un médico neonatólogo o pediatra, un médico ginecoobstetra del Establecimiento de Salud de mayor complejidad en el ámbito.

7.2. GESTIÓN

- La Oficina General de Estadística e Informática en coordinación con la Dirección General de Epidemiología y la Dirección General de Salud de las Personas, dispondrán en el término de los 90 días de aprobada la presente NTS, la estandarización de los registros administrativos hospitalarios relacionados con la atención de la madre y del recién nacido, a fin de mejorar y uniformizar el registro y notificación de la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

- Las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, así como las redes y microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional incorporarán en su plan operativo anual las acciones del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, para garantizar su programación, presupuesto y financiamiento, así como el monitoreo y evaluación correspondientes.
- Las DISAS, DIREAS o la que haga sus veces, promoverán a nivel de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, el desarrollo de mecanismos organizados de vigilancia comunal de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, involucrando a todos los actores sociales.

7.3 FINANCIAMIENTO

- El MINSA, las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, así como las redes microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional garantizarán la incorporación de las actividades previstas para la implementación y funcionamiento del SSVEPN en los Planes Operativos según sus funciones.
- Las instituciones de salud públicas no pertenecientes al MINSA y Gobiernos Regionales y las instituciones de salud privadas, deberán garantizar el financiamiento de las actividades previstas para el funcionamiento del SSVEPN, en el marco de sus competencias.
- El MINSA, las DISAS, DIRESAS y Gobierno Local promoverá el apoyo privado y de la cooperación externa para el desarrollo de actividades o proyectos específicos que contribuyan a la implementación y funcionamiento del SSVEPN en el marco de sus funciones, en concordancia con las prioridades identificadas en cada nivel.

VIII. RESPONSABILIDADES

Las disposiciones contenidas en la presente NTS son de aplicación obligatoria y bajo responsabilidad de todo el sector salud.

8.1 Nivel Nacional

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud es responsable de:

- Difundir a nivel nacional la presente NTS.
- Brindar asistencia técnica para la implementación nacional de lo establecido en la presente norma;
- Monitorear y evaluar del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal y proponer cambios y mejoras que redunden en un perfeccionamiento de la vigilancia. Los Indicadores para la evaluación del SSVEPN, se presentan en la Tabla del Anexo 4.

La Dirección General de Salud de las Personas a través de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de la Etapa Vida Niño del MINSA, son responsables de:

- Brindar asistencia técnica a las DISAS, DIRESAS para lograr el óptimo funcionamiento de los Comités de Vigilancia Perinatal y Neonatal y la toma de decisiones en base a información.

8.2 Nivel Regional

Las Oficinas de Epidemiología de las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional son responsables de:

- Difundir en el ámbito regional la presente NTS.
- Supervisar y evaluar la implementación regional de la presente Norma Técnica de Salud.
- Capacitar al personal de salud de todos los establecimientos de salud de la región, para la correcta implementación del SSVEPN; en coordinación con el Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal.
- Evaluar el SSVEPN y proponer cambios y mejoras que redunden en su perfeccionamiento.

La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas a través de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de la Etapa Vida Niño de la DISA, DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de:

- Brindar asistencia técnica al personal de salud de los establecimientos de salud / microrredes y redes de servicios de salud, para lograr el óptimo funcionamiento del sistema, en términos de una adecuada aplicación de las definiciones de caso, la calidad de registro de los datos, y la toma de decisiones en base a información.
- Decidir acciones de mejora en los procesos de atención obstétrica y neonatal en los niveles operativos, en base a la información generada por el SSVEPN.

8.3. Nivel Local

- Los Jefes de los establecimientos de salud (puestos y centros de salud, hospitales e institutos) y los Directores de las redes y microrredes de servicios de salud son los responsables de la implementación de la presente NTS.

IX. DISPOSICIONES FINALES

La Dirección General de Epidemiología se encargará de la formulación, validación y difusión de la Ficha de Autopsia Verbal del Neonato, en el término de sesenta (60) días de aprobada la presente NTS.

X. BIBLIOGRAFÍA

- 10.1. Gulsen Erdem for the Turkish Neonatal Society Multicentre Study Group. Perinatal Mortality in Turkey. *Pediatrics and Perinatal Epidemiology* 2003; 17: 17 - 21.
- 10.2. MINSA - OGE. Diagnóstico Basal de la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Octubre 2003
- 10.3. Velásquez A, Benavides B. Estudio comparativo de la calidad y uso de servicios de salud materno-perinatal 1997-2002. Informe final de la evaluación del Proyecto 2000.USAID/P2000. Mayo del 2003.
- 10.4. United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. Low Birth Weight. Report of a meeting. Dhaka, Bangladesh, 14-17 June 1999. Pojda J, Kelley L, editors. Nutrition policy paper N° 18. Geneva: ACC/SNC in collaboration with ICDDR. 2000.
- 10.5. Misra DP, Guyer MD, Alltons A. Integrated Perinatal Health Framework. A multiple determinants Model with a life span approach. *Am J Prev Med.* 2003; 25 (1): 65-75
- 10.6. Heamam M, Elliott L, Beaudoin C, Baker L, et al. Preventable Feto-infant Mortality. *Canadian Journal of Public Health* 2002; 93:27-32
- 10.7. The Healthy Newborn. A reference Manual for Program Managers. CDC/CCHI/CARE. Atlanta, GA 2003.
- 10.8. Health Canada. Perinatal Health Indicators for Canada: A Resource Manual. Ottawa: Minister of Public Works and Governments Services Canada, 2000. En: <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/phic-ispc-pdf/indperie.pdf> visitado en febrero del 2009.
- 10.9 Data N, Mand M, Kumar V. Validation of Causes of Infant Death in the Community by verbal Autopsy. *Indian J Pediatr* 1988; 55: 599-604
- 10.10. ESSalud. Manual de vigilancia de enfermedades de interés institucional. Gerencia Central de Salud. Oficina de Programación e Información Técnica. Sub Gerencia de Epidemiología. 1999.
- 10.11. Hinderaker SG, Olsen B, Bergsjø P, et al. Avoidable stillbirths and neonatal deaths in rural Tanzania. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 110: 616-623
- 10.12. Chazotte C, Cohen WR. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 738-42.
- 10.13. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión. 1997

- 10.14 MINSA. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. Diseño de Sistema de Vigilancia Perinatal y Neonatal en el nivel hospitalario. Informe final de consultoría. Contrato N° 0074-2003/CI/BM. Febrero de 2003.
- 10.15. Ngoc NTN, Merialdi M, Aleem HA, et al. Causes of stillbirth and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84: 699-705.

XI. ANEXOS

- * ANEXO 1. FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL
- * ANEXO 2. FICHA DE NOTIFICACIÓN MENSUAL DE COMPLICACIONES NEONATALES E INDICADORES DE LA RESPUESTA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL (Parte I y II)
- * ANEXO 3. MATRIZ PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DEL SSVEPN (Parte I y II)
- * ANEXO 4. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL (Parte I y II)
- * ANEXO 5. FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE LA MUERTE FETAL Y NEONATAL E INVESTIGACIÓN DE LA MUERTE NEONATAL

Anexo 1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE MUERTE FETAL Y NEONATAL

DIRECCIÓN DE SALUD / DIRESA:									
DISTRITO									
ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE									
RESPONSABLE									
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA									

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	SEXO	EDAD GESTACIONAL (semanas)	NACIMIENTO		MUERTE		PESO AL NACER (gramos)	TIPO DE MUERTE		CAUSA BÁSICA DE MUERTE	DIAGNÓSTICO CIE10	Nº DE DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA*	LUGAR DEL PARTO	MOMENTO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE		LUGAR DE LA MUERTE
				FECHA	HORA	FECHA	HORA		FETAL	NEONATAL					ANTEPARTO	INTRA-PARTO	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

* Número de días de estancia hospitalaria: consignar solo para los casos de muerte neonatal.
SEXO: F= Femenino; M= Masculino
CAUSA BÁSICA DE MUERTE: Es la entidad que inicia la cadena de acontecimientos que conducen a la muerte del neonato (CIE X). Solo se anotará una causa, que aparece como causa básica en el certificado de defunción.
LUGAR DEL PARTO: Consignar **PI** cuando sea parto institucional, y **PD** cuando sea parto domiciliario
LUGAR DE LA MUERTE: Consignar **ES** si la muerte ocurrió en un Establecimiento de Salud, y **CC** cuando la muerte ocurrió en la comunidad.

Anexo 2: “Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de la Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal (PARTE I)”

CÓDIGO UBIGEO:	DIRECCIÓN DE SALUD / DRESA:
NOMBRE DEL HOSPITAL:	CÓDIGO DEL HOSPITAL:

COMPLICACIÓN NEONATAL: Si es más de una, utilice la que sea más peligrosa para la vida del neonato*.	Número de casos	Número de muertes
1. Asfixia		
2. Síndrome de Dificultad Respiratoria		
3. Sepsis Bacteriana del RN		
Total RN complicados		

* Se utiliza el criterio del médico tratante

Tasa de letalidad (Nº total de fallecidos / Nº total de RN complicados)	
---	--

BAJO PESO AL NACER	Número
Nº de RN vivos con BPN nacidos en el hospital	
Nº total de RN vivos en el hospital	
Tasa de incidencia de Bajo Peso al Nacer (Nº RN con BPN / Nº total de RN) x 1000	

RECÉN NACIDOS COMPLICADOS REFERIDOS	Número
Recén nacidos referidos de otros EESS	
Recén nacidos referidos del domicilio / comunidad	
Total RN referidos (Recén Nacidos de otros EESS + RN referidos de domicilio/comunidad)	
Total de RN referidos admitidos a hospitalización	
% de RN con complicaciones referidos admitidos a hospitalización: Nº de RN referidos admitidos / Total de RN referidos al hospital x 100.	

Anexo 2: “Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de la Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal (PARTE II)”

PARTOS COMPLICADOS	Número
1 Partos por cesárea	
2 Partos distócico	
3 Total partos complicados (1 + 2)	
4 Total de partos atendidos	
Porcentaje de partos complicados (Nº de partos complicados / Nº total de partos atendidos)	

TASA DE PARTOS POR CESAÁREA	Número
1 Cesárea Primaria	
2 Cesárea Recursiva	
3 Cesárea en RM de BPM	
4 Total de partos por cesárea	
5 Total de partos atendidos	

Tasa de cesárea general (Nº total de partos por cesárea / Nº total de partos atendidos)	
---	--

Tasa de cesárea primaria (Nº de partos por cesárea primaria / Nº total de partos atendidos)	
---	--

Tasa de cesárea recursiva (Nº de partos por cesárea recursiva / Nº total de partos atendidos)	
---	--

Tasa de cesárea con RM de BPM (Nº de partos por cesárea con RM de BPM / Nº total de partos atendidos)	
---	--

DAIOS DE MUERTE FETAL Y NEONATAL

Peso / Descripción	Muerte Fetal			Muerte Neonatal (Según tiempo de vida del RN)			
	Ante parto	Intra parto	Total	≤ 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 grs.			0				0
1000 - 1499 grs.			0				0
1500 - 1999 grs.			0				0
2000 - 2499 grs.			0				0
2500 - 2999 grs.			0				0
≥ 3000 grs.			0				0

Muñiz BMB ES

--

Tasa de Mortalidad Fetal

--

Tasa de Mortalidad Neonatal

--

Tasa de Mortalidad Neonatal Temprana

--

Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía

--

Tasa de Mortalidad Neonatal

Tasa de muerte fetal: Nº de muertes fetales / Nº de nacimientos en el mismo período y lugar.
Tasa de muerte neonatal: Nº de muertes neonatales, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida / Nº de nacimientos en el mismo lugar y período x 100.
Tasa de muerte perinatal: Nº de muertes fetales + Nº de muertes neonatales hasta los 7 días de vida / Nº de nacimientos en el mismo período y lugar.
Tasa de muerte neonatal precoz: Nº de muertes neonatales hasta los 7 días de vida / Nº de RN vivos en el mismo período y lugar X 100.
Tasa de muerte neonatal tardía: Nº de muertes neonatales desde los 8 a los 28 días de vida / Nº de recién nacidos vivos en el mismo lugar y período x 100.

Anexo 3: Matriz para la construcción de Indicadores del SSEVPN - Parte I

Indicador	Datos requeridos	Fórmula para la construcción del indicador
Tasa de mortalidad perinatal (TMP)	Número de defunciones perinatales: nacidos muertos después de las 22 semanas de gestación + defunciones neonatales en la primera semana de vida. Número total de nacimientos: Número de nacidos vivos + óbitos fetales	$TMP = \frac{\text{Número de muertes perinatales}^*}{\text{Número total de nacimientos}} \times 1000$ * En el mismo período.
Tasa de mortalidad neonatal	Número de defunciones neonatales desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, en un tiempo y lugar específicos. Número de nacidos vivos, en un tiempo y lugar específicos.	$TMNT = \frac{\text{Número de defunciones neonatales hasta los 28 días} \times 1000}{\text{Número de nacidos vivos, en un tiempo y lugar específicos}}$
Tasa de mortalidad neonatal precoz	Número de defunciones neonatales hasta los primeros 7 días de vida en un tiempo y lugar específicos. Número de nacidos vivos: Número de RN vivos en un tiempo y lugar específicos.	$TMNP = \frac{\text{Número de defunciones neonatales hasta los 7 días de vida} \times 1000}{\text{Número de nacidos vivos}}$
Tasa de mortalidad neonatal tardía	Número de defunciones neonatales desde los 8 días de vida hasta los 28 días de vida, en un tiempo y lugar específicos. Número de nacidos vivos, en un tiempo y lugar específicos.	$TMNT \text{ Tardía} = \frac{\text{Número de defunciones de RN de 8 a 28 días} \times 1000}{\text{Número de nacidos vivos}}$
Tasa de Mortalidad fetal	Número de nacidos muertos después de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gr. Número total de nacimientos: Número de nacidos vivos + óbitos fetales	$\frac{\text{Número de nacidos muertos después de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gr.}}{\text{Número total de nacimientos: Número de nacidos vivos + óbitos fetales}}$
Tasa de partos por cesárea	Número de cesáreas. Incluye a las cesáreas primarias y a las cesáreas repetidas. Número total de partos atendidos en el hospital.	$\frac{\text{Número de cesáreas} \times 100}{\text{Nº total de partos atendidos}}$
Proporción de cesáreas primarias entre el total de cesáreas	Número de cesáreas primarias. Número total de cesáreas.	$\frac{\text{Número de cesáreas primarias} \times 100}{\text{Número total de cesáreas}}$
Porcentaje de RN con complicaciones referidos que fueron admitidos a hospitalización	Número de RN con complicaciones referidos, admitidos a hospitalización: RN complicados referidos de otros ES + ingresos de parto domiciliario. Número de RN con complicaciones referidos al servicio de neonatología/hospitalización.	$\frac{\text{Número de RN con complicaciones referidos, admitidos a hospitalización}}{\text{Número total de RN con complicaciones referidos}} \times 100$

Anexo 3: Matriz para la construcción de Indicadores del SSEV/PN - Parte II

Indicador	Datos requeridos	construcción del indicador
Tasa de letalidad por complicaciones neonatales	Número de defunciones por complicaciones neonatales. Número total de RN con complicaciones admitidos a hospitalización. Tanto numerador como denominador está referido a las complicaciones bajo vigilancia, y a los recién nacidos en el hospital	$\frac{\text{Número de defunciones por complicaciones neonatales}^*}{\text{Número total de RN con complicaciones admitidos a hospitalización}} \times 100$ * Se realiza también el cálculo de la Tasa de Letalidad específica por complicación neonatal bajo vigilancia continua
Tasa de incidencia de bajo peso al nacer	Número de RN de BPN: Corresponde a los RN vivos en la institución con peso $\leq$ a 2500 grs. Número total de RN: Corresponde al total de RN vivos en la institución, independiente del peso al nacer.	$\frac{\text{Número total de RN vivos con peso } \leq \text{ a } 2500}{\text{Número total de recién nacidos vivos}} \times 10000$
Tasa de incidencia de prematuridad	Número de RN prematuros: Corresponde a los RN vivos en la institución con edad gestacional menor a 37 semanas. Número total de RN: Corresponde al total de RN vivo en la institución, independiente de su edad gestacional.	$\frac{\text{Número total de RN vivos con edad gestacional } < \text{ a } 37 \text{ semanas}}{\text{Número total de recién nacidos vivos}} \times 10000$

Anexo 4: Indicadores para la evaluación del ssvepn - Parte I

Indicadores de Estructura

Nombre del Indicador	Construcción del indicador	Periodicidad de medición	Valor esperado
Disponibilidad de personal de salud encargado de realizar actividades de SSVEPN	Número de Redes, Microrredes, hospitales, DIRESA con personal designado para el Comité de Vigilancia (R.D.)	Anual	Por fijar
Porcentaje de Redes, Microrredes, hospitales, DIRESA que ha presupuestado en su POA, las actividades del SSVEPN	$\frac{\text{Número de Redes, Microrredes, hospitales, DIRESA que ha presupuestado en POA actividades del SSVEPN}}{\text{Número de Redes, Microrredes, hospitales y DIRESA en el SSVEPN}} \times 100$	Anual	100%
Proporción de EESS que cuentan con la NTS del SSVEPN	$\frac{\text{Número de EESS con NTS del SSVEPN}}{\text{Número total de EESS incorporados al SSVEPN}} \times 100$	Trimestral	100%

Anexo 4: Indicadores para la evaluación del ssvepn - Parte II

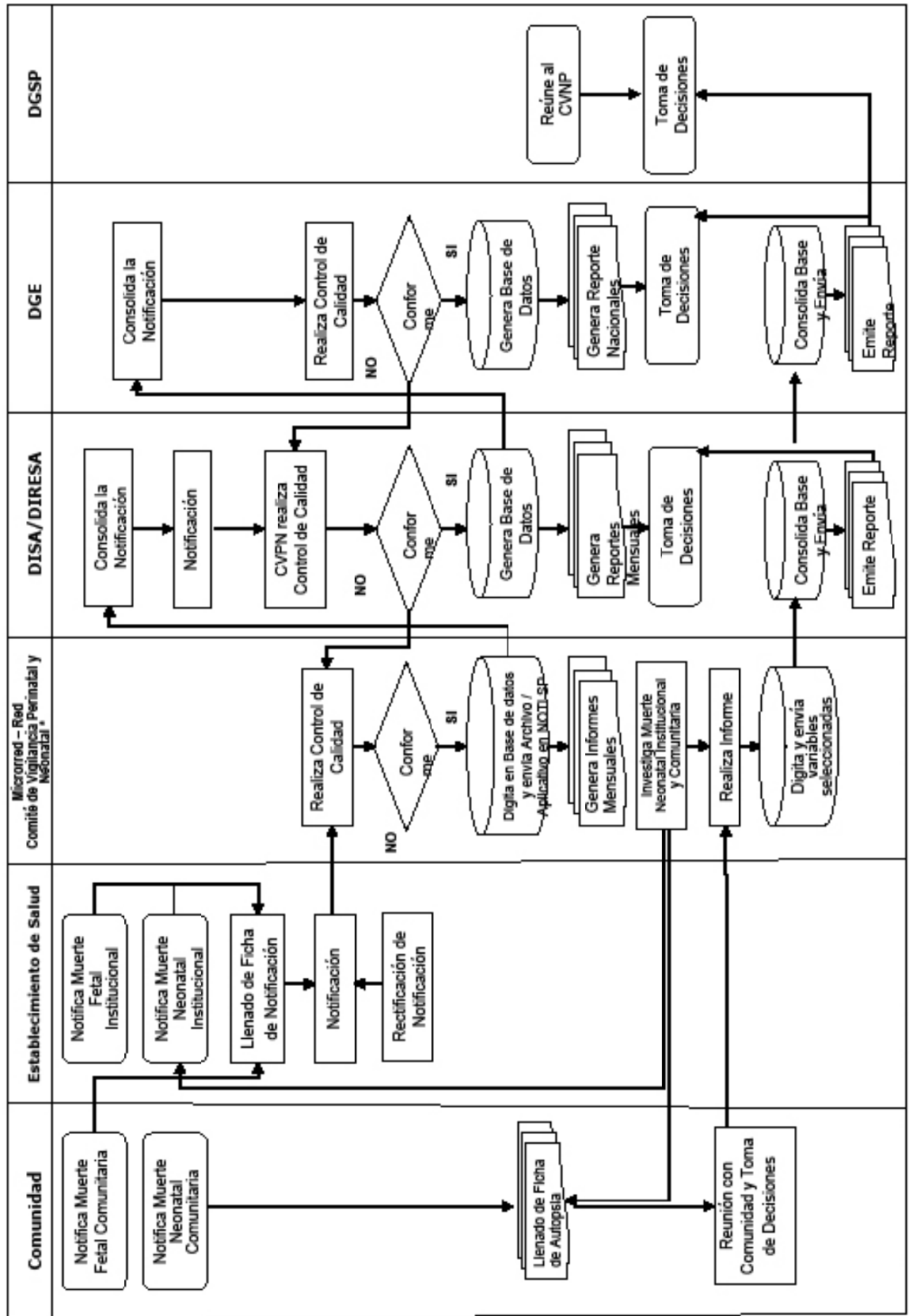
Indicadores de proceso

Nombre del indicador	Datos requeridos	Periodicidad de medición	Valor esperado
Proporción de personal profesional de los servicios de ginecoobstetricia y neonatología que conoce las definiciones de caso de SSVEN x 100 Número total de profesionales encuestados		Semestral a cargo de la DIRESA	50%
Porcentaje de reuniones de análisis de muertes neonatales realizadas por el Comité de vigilancia perinatal y neonatal, según niveles.	$\frac{\text{Número de reuniones realizadas (Actas)} \times 100}{\text{Número total de reuniones programadas}}$	Trimestral a cargo de DIRESA	80%
Proporción de hospitales censurados, Micro Redes, Redes y DISADIRESA que tiene actualizada la base de datos del SSVEN.	$\frac{\text{Número de hospitales censurados, Micro Redes, Redes y DISADIRESA con base de datos actualizada} \times 100}{\text{Número total de hospitales censurados, Micro Redes, Redes y DISADIRESA en el SSVEN}}$	Trimestral a cargo de DIRESA	80%
Proporción de EESS que notifica oportunamente.	$\frac{\text{Número de EESS con notificación oportuna en el SSVEN} \times 100}{\text{Número total de EESS incorporados al SSVEN}}$	Mensual DGE, DIRESA	80%

Indicadores de resultado

Nombre del indicador	Datos requeridos	Periodicidad de medición	Valor esperado
Número de Muertes fetales y neonatales que definen el SSVEN en relación al total de muertes fetales y neonatales inscritas en los registros públicos de mortalidad	Número de Muertes fetales y neonatales que no se encuentran en el SSVEN en la búsqueda activa de los registros civiles de mortalidad	Trimestral	0
Porcentaje de hospitales censurados que envía reportes en forma mensual	$\frac{\text{Número de hospitales censurados, Redes, Micro Redes y DISADIRESA que envían reportes mensualmente} \times 100}{\text{Número total de hospitales censurados en el SSVEN}}$	Trimestral	Mayor a la medición basal
Tasa de aceptación del SSVEN, por los usuarios	Encuesta de opinión	Anual	

Anexo 5: Flujograma de Notificación de la Muerte Fetal y Neonatal e Investigación de la Muerte Neonatal



* Comité de Vigilancia Perinatal y Neonatal, está conformado por el epidemiólogo, gineco-obstetra y la persona que coordina acciones con los agentes comunitarios de salud.