

**ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N° 001-2024/GR-
FRENTE AL INCREMENTO DE MUERTES MATERNAS**

Número de Alerta : 001- 2024
Fecha de la Alerta : Martes 22 de abril del 2024
Duración Esperada : Indeterminada
Referencia : ALERTA EPIDEMIOLÓGICA N°001-2024/ORE-DRSC

I. Objetivo

Asegurar la vigilancia epidemiológica en salud materna neonatal, así como fortalecer las acciones de promoción, prevención y control de las complicaciones en el período del embarazo, parto y puerperio; haciendo partícipe de las acciones a las Instituciones Privadas, Autoridades Locales, Sector Educación, Fiscalía de la Región Cajamarca y demás entidades públicas.

II. Antecedentes y Situación Actual

Según Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V.02 estipula que toda MM debe ser notificada e investigada para generar el análisis de la información con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

En función a esta directiva se muestra que la Razón de Mortalidad Materna en la Región Cajamarca, presenta un comportamiento diverso, hasta el año 2019 (12MM) la RMM fue de (48.18x 100 000N.V) con la Pandemia la RMM se incrementó (97x 100,000 N.V) marcando una diferencia entorno a la disminución de la MM, a partir de allí el descenso ha sido difícil debido a que la reactivación en la región significa retomar el trabajo Multisectorial, comunitario, mejorar flujos y carteras de servicios, lo cual repercute en el número de MM por lo que al año 2023 (16MM) aún tenemos más muertes maternas que el año 2019.

Actualmente, mientras el país se encuentra en un descenso de la MM (-10MM), la Región Cajamarca van en ascenso, con (06MM) la cual significa (+ 03MM) que el año 2023, de seguir así, la tendencia por semana epidemiológica indica que a fin de año podríamos llegar a tener 24MM de no tomar acciones que ayuden en la disminución de las MM; esta cifra nos ubica en el tercer lugar de regiones con más muerte materna.

En la SE 15-2024, se han producido 02MM lo cual eleva la a 06MM, ellas son procedentes de las provincias: San Ignacio (Namballe), Hualgayoc (Bambamarca), San Marcos (José Sabogal, Ichocán), Celendín (La Libertad de Pallán) y Cajamarca (Asunción). Estas MM se caracterizan por ser de causa directa, el 50% son adultas que fallecen en el momento del embarazo y tienen <5APN respectivamente, el 66.67% falleció en la institución y durante su trayecto interinstitucional siendo la causa general de muerte principalmente las hemorragias; llama la atención la ocurrencia de la alta mortalidad en el momento del embarazo, según CDC-MINSA el 80% de la MM en la región Cajamarca son evitables con un adecuado manejo de la vigilancia de las gestantes, APN de calidad y manejo dde las EMON

En EE.SS., luego del análisis, se identificaron debilidades en el reconocimiento de los signos de alarma y en la toma de decisión de buscar ayuda por parte de los familiares, pero a este problema se une también la demora 4 que consiste en el brindar tratamiento adecuado y oportuno a lo paciente.

Ante esta situación, la Dirección Regional de Salud Cajamarca, **DECLARA en ALERTA** a todos los Establecimientos de Salud de su jurisdicción, a partir de la fecha.

III. Acciones

Es necesario fortalecer las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna en la Región Cajamarca, bajo responsabilidad.





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD OFICINA REGIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA



3.1 Respuesta al Incremento de Muertes Maternas: Equipo DIRESA y Subregiones

- Notificar de manera inmediata en el sistema los casos de MM y Morbilidad Materna Extrema de acuerdo con la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE.V.02.
- Estrategia de Salud Sexual Reproductiva (ESSR) garantizará el monitoreo y la vigilancia de gestantes y puerperas con un SIVIGYP con pocas variables que permita el monitoreo rápido a tiempo real, el cual será implementado mientras dure la emergencia.
- Mantener operativas las casas maternas Existentes
- Priorizar la obtención de muestras de laboratorio a todos los casos de gestantes con comorbilidades y probables casos con factor de riesgo.
- Garantizar la referencia y contra referencia en todo el ámbito de la región, Essalud, Sanidad y las provenientes de alguna clínica privada.
- Mapear los casos semanalmente, para estratificación del área y establecer la zona de intervención en las localidades con gestantes en riesgo y próximas a parto.
- Implementar y actualizar periódicamente la sala situacional integrada con la información de los siguientes componentes: epidemiología, ESSRR, laboratorio, promoción de la salud y comunicaciones, las cuales serán socializadas cada fin de semana.
- Dicha sala deberá contener:
 - ✓ Proporción de gestantes según grupo etario.
 - ✓ Avance de la captación de gestantes en los diferentes trimestres
 - ✓ Gráfico de la proporción de gestantes identificadas con factor de riesgo por microredes y redes
 - ✓ Gráfico del logro de parto institucional según, mes y análisis del parto domiciliario, además de la proporción del plan de parto 3 realizado a la familia de la gestante.
 - ✓ Mapeo de casos referenciados (distribución espacial) y calidad de la referencia realizada.
 - ✓ Total de gestantes con pruebas de laboratorio según APN, brechas por cubrir según microredes y redes, balance de insumos disponibles a tres meses.
 - ✓ Mapeo de control vectorial: que permita establecer las localidades infestadas de
 - ✓ Actividades de promoción de la salud y comunicación en las comunidades alejadas y con más gestantes, prioritariamente.
- Reactivar y fortalecer a **Nivel Local** los **Comités de Prevención de Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal** con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades y familias donde ocurren las muertes maternas.
- Presidente del CPMM Regional deberá convocar cada mes dos casos de MM para ser debatidos en Comité de Prevención de Mortalidad Materna Regional. Contar con un equipo de respuesta para la disminución de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, para la investigación y detección de puntos críticos
- Realizar las Auditorías de las Historias Clínicas de atención a las gestantes de MM y morbilidad materna extrema
- Realizar la Evaluación de Estándares de Calidad de las Funciones Obstétricas Y Neonatales (FON) en el primer y segundo nivel de atención.

3.2 Vigilancia Epidemiológica

- Garantizar el cumplimiento de la vigilancia epidemiológica basada en el análisis integral de salas situacionales a nivel local provincial y subregión.
- ORE realizará el diagnóstico situacional basada en criterios epidemiológicos clínicos y determinantes sociales, especialmente en provincias donde se reporte un mayor número de morbilidades maternas extremas, para ello se mejorará el reporte de casos con asistencia técnica.
- Notificación inmediata de los casos de Morbilidad Materna Extrema y Muerte Materna a fin de tener una data a tiempo real para toma de decisiones bajo responsabilidad del jefe del establecimiento.

3.3 Atención de las personas

- Mejorar la captación de la gestante para el logro de la APN Reenfocada con enfoque intercultural.



- Toda gestante deberá tener identificado del factor de riesgo en el 2° APN por médico y/o especialista de manera obligatoria en todas las gestantes.
- Monitorear el cumplimiento de la "Guía de Atención Prenatal y Emergencias obstétricas y neonatales"; a fin de garantizar la terminación del embarazo con un parto seguro y un puerperio sano.
- Capacitar constantemente al personal de salud del primer nivel de atención en APN, la detección de factores de riesgo, toma de funciones vitales, signos de alarma y vigilancia comunal.
- Reconocer, intervenir y monitorizar ante la presencia de un signo vital alterado unido a factor de riesgo y signos de alarma de la gestante la "Hora de Oro" para el manejo clínico y monitoreo estricto de acuerdo al plan establecido según la guía de práctica clínica vigente.
- EESS I-1 garantizarán la atención de 12 horas y los EE.SS en los establecimientos de salud I-3, I-4 y garantizarán la atención de 24 horas; con retenes.
- Toda gestante con probable factor de riesgo o signos de alarma debe ser manejado en EE.SS con especialista Gineco-Obstetra.
- Los EE.SS II-1, garantizarán la capacidad de respuesta de las emergencias con personal especialista, bancos de sangre acreditados y unidades móviles equipadas de acuerdo a su categoría, además de medicamentos necesarios para la emergencia; así como el uso de protocolos estandarizados para su EE.SS.
- Actualizar padrón de planificación familiar a fin de cubrir las necesidades insatisfechas de población y puerperas.

4 Organización de los servicios de salud

La autoridad sanitaria, en el marco de las Redes Integradas de Salud - RIS o Red de Salud según corresponda, garantizarán el acceso oportuno a la atención de salud de las gestantes adecuando los servicios de salud bajo los principios de la complementariedad y continuidad entre los establecimientos de salud con una cartera de servicios de salud que incluye atención hospitalaria en los tres niveles de atención de salud para fortalecer la capacidad resolutive.

- Asimismo, la RIS o Red de Salud, debe supervisar en forma integral y continua, la organización de los servicios.
- La DIRESA, RIS, EsSALUD, Sanidad y subsector privado, deben monitorear el cumplimiento del flujo de atención de salud de casos de gestantes con factor de riesgo y/o referidas.
- Publicar por diferentes medios disponibles el horario de atención, teléfonos y cartera de servicios del EE.SS.
- La referencia de pacientes para el diagnóstico y/o tratamiento debe realizarse según los mapas de flujo de referencia y contrreferencia
- Monitorear e informar la disponibilidad y uso de los recursos de su jurisdicción para la atención de salud de los casos, entre los más importantes:
 - a) Recursos humanos capacitados para identificar, diagnosticar y tratar de manera oportuna a las gestantes.
 - b) Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, para el diagnóstico y tratamiento oportuno
 - c) Equipos biomédicos operativos
 - d) Número de gestantes y/o puerperas alojadas en casa maternas.
 - e) Emitir un informe diario de la situación actual de los servicios de salud.

3.5 Promoción de la Salud

- Con apoyo de las Municipalidades seguir implementando **Casas Maternas** en las provincias que lo necesiten a fin de garantizar el Parto institucional.
- Seguir fortaleciendo el funcionamiento de las casas y maternas ya existentes.
- Visita domiciliaria **obligatoria** a todas las gestantes, puerperas y recién nacidos de partos domiciliarios e institucionales. Según Norma vigente y necesidad. Estas actividades tendrán que ser programadas dentro de sus APS y Guardias Comunitarias.





**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
OFICINA REGIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA**



- Organizar a la comunidad para fortalecer la Vigilancia Comunal, a través de la capacitación de sus agentes comunales, de Juntas Vecinales, rondas Campesinas, etc. enfocado al cuidado de la salud materna neonatal.

3.6 Laboratorio

- Asegurar los reactivos suficientes para la Red de Laboratorios así como el monitoreo del control de calidad de los mismos.
- Priorizar la obtención de muestras de laboratorio a todos los casos de gestantes con comorbilidades y probables casos con factor de riesgo.

3.7 DIREMID

- Asegurar la disponibilidad y suficiencia de medicamentos y dispositivos médicos esenciales para el manejo eficiente de las morbilidades y emergencias en las gestantes para tres meses.

3.6 Recursos Humanos

- Monitorear el cumplimiento estricto del horario y permanencia del Recurso Humano en su respectivo horario/turno; caso contrario iniciar las **SANCIONES ADMINISTRATIVAS Y/O LEGALES** según corresponda.

Garantizar la presencia de los Gineco-Obstetras nombrados en los EE.SS con trabajo intramural debido a que algunos de ellos hacen guardias comunitarias.

- Impulsar la Directiva Regional 368-2023 que reglamenta las guardias comunitarias en el primer nivel el cual estipula que el trabajo comunitario deberá subirse al ONE VISION como medio probatorio de la labor en la comunidad, implementando sanciones a quienes no cumplan con lo requerido para el trabajo con la gestante.

3.7 Comunicaciones

- Fortalecer la estrategia de comunicación y difusión de mensajes sobre la importancia del parto institucional, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y planificación familiar, con la participación de la comunidad. Estos mensajes deben adecuarse a cada realidad y contexto cultural, utilizando de ser posible sus lenguas originarias, y deben llegar a todos/as.
- Fortalecer las estrategias para la atención integral de la salud de adolescentes y la prevención del embarazo a través de estrategias comunicacionales que consideran las normas sociales de cada zona.
- Difundir funcionamiento de casas maternas en las provincias donde se encuentran ubicadas con el fin de asegurar parto institucional y disminuir la muerte materna por inaccesibilidad geográfica y cultural.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

MC-MSP. Víctor Julio Zavaleta Gavidia
DIRECTOR GENERAL