

# FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA

(Parte I : Autopsia verbal)

ESTA FICHA SE APLICA TANTO PARA DEFUNCIONES DOMICILIARIAS COMO DEFUNCIONES MATERNAS EN SERVICIOS DE SALUD

<b>A. DATOS DE LA INSTITUCIÓN</b> 1. Departamento _____ 2. Provincia _____ 3. Municipio _____ 4. Red _____ Localidad _____ 5. Nombre del establecimiento _____			6. Nivel de atención del establecimiento <input type="radio"/> - Primer nivel <input type="radio"/> - Puesto de salud <input type="radio"/> - Centro de salud <input type="radio"/> - Maternidad de primer nivel de atención <input type="radio"/> - Segundo nivel <input type="radio"/> - Hospital de II nivel (Urbano) <input type="radio"/> - Hospital de II nivel (Rural) <input type="radio"/> - Tercer nivel <input type="radio"/> - Hospital de III nivel																												
<b>B. DATOS DE LA DIFUNTA</b> 7. Nombres y apellidos _____ 8. Fecha de nacimiento      Edad al fallecer (años cumplidos) <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td colspan="4"></td> <td style="font-size: 8px;">Años</td> </tr> </table>										Día	Mes	Año					Años	9. Estado civil <input type="radio"/> - Soltera <input type="radio"/> - Casada <input type="radio"/> - Divorciada <input type="radio"/> - Viuda <input type="radio"/> - Unión estable		10. Grado de instrucción <input type="radio"/> - Sin instrucción <input type="radio"/> - Primaria <input type="radio"/> - Secundaria <input type="radio"/> - Técnico <input type="radio"/> - Universitaria <input type="radio"/> - Otro		Lugar de residencia 11. Departamento _____ 12. Provincia _____ 13. Municipio _____ 14. Localidad _____									
Día	Mes	Año					Años																								
<b>C. CONDICIÓN OBSTÉTRICA DE LA DIFUNTA (incluye el embarazo actual)</b> 15. ¿Cuántos embarazos tuvo? <input type="text"/> 16. ¿Cuántos hijos nacidos vivos? <input type="text"/> 17. ¿Cuántos abortos? <input type="text"/> 18. ¿Cuántos hijos nacidos muertos? <input type="text"/> 19. ¿Cuántos hijos <10 años viven actualmente? <input type="text"/>		<b>D. DATOS RELACIONADOS CON LA DEFUNCIÓN</b> Lugar de la defunción: 20. Departamento _____ 21. Provincia _____ 22. Municipio _____ 23. Red _____ 24. Localidad _____				25. Fecha y hora del fallecimiento <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td style="font-size: 8px;">Hora</td> <td style="font-size: 8px;">Min</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>										Día	Mes	Año	Hora	Min											
Día	Mes	Año	Hora	Min																											
27. Antes de fallecer, ¿acudieron a un servicio de salud? <input checked="" type="radio"/> Sí Nombre del servicio y lugar: _____ _____ <input type="radio"/> No ¿por qué? (Luego a la preg. 28 y luego a la 30a) <input type="radio"/> - No identificaron el problema <input type="radio"/> - Falta de decisión de la mujer <input type="radio"/> - Falta de decisión del cónyuge o familiar <input type="radio"/> - No contaba con un Plan de Parto <input type="radio"/> - Otra razón _____ <input type="radio"/> - No sabe		28. ¿Hubo alguna dificultad para llegar hasta el servicio de salud? (puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> - No hubo <input type="radio"/> - Falta de dinero <input type="radio"/> - Falta de transporte <input type="radio"/> - Mal estado de los caminos <input type="radio"/> - No había con quien dejar a los hijos <input type="radio"/> - No había quién la acompañe <input type="radio"/> - El servicio de salud queda lejos <input type="radio"/> - No sabíamos si nos atenderían <input type="radio"/> - Otra dificultad _____ <input type="radio"/> - No sabe		29. ¿Hubo algún problema con relación a la atención en el servicio de salud? (sólo si llegó a un servicio. Puede marcar más de 1 opción) <input type="radio"/> - No hubo <input type="radio"/> - Tardaron en atendernos <input type="radio"/> - Nos trataron mal <input type="radio"/> - No había personal <input type="radio"/> - No había medicamentos, sangre, instrumental <input type="radio"/> - No pudimos pagar <input type="radio"/> - Nos enviaron a nuestra casa <input type="radio"/> - Nos enviaron a otro servicio de salud <input type="radio"/> - Otra dificultad (especificar) _____ <input type="radio"/> - No sabe																											
30 a. ¿En qué fecha y hora se iniciaron los síntomas o molestias que terminaron con el fallecimiento? <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td style="font-size: 8px;">Hora</td> <td style="font-size: 8px;">Min</td> <td></td> </tr> </table>								Día	Mes	Año	Hora	Min		30 b. ¿En qué fecha y hora ocurrió el parto, cesárea o aborto? <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> <td style="font-size: 8px;">Hora</td> <td style="font-size: 8px;">Min</td> <td></td> </tr> </table>								Día	Mes	Año	Hora	Min		31. ¿Cuáles de estas condiciones la llevaron a la muerte? <input type="radio"/> - Dolor de cabeza intenso <input type="radio"/> - Hinchazón en manos y cara (edema) <input type="radio"/> - Ataques (convulsiones) <input type="radio"/> - Dolor en el vientre (contracción uterina que no calma) <input type="radio"/> - Hemorragia genital <input type="radio"/> - Fiebre / calentura <input type="radio"/> - Flujo genital fétido <input type="radio"/> - El bebé no podía nacer (parto obstruido) <input type="radio"/> - Otra causa (malaria, diabetes, tuberculosis, hipertensión, etc., (especificar) _____ <input type="radio"/> - Otra causa violenta (accidente, suicidio, homicidio) <input type="radio"/> - No sabe <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">                     Marque las opciones que correspondan                 </div>			
Día	Mes	Año	Hora	Min																											
Día	Mes	Año	Hora	Min																											
32. ¿En qué momento falleció? <input type="radio"/> - Durante el embarazo (antes de los 5 meses) <input type="radio"/> - Durante el embarazo (después de los 5 meses) <input type="radio"/> - Durante el parto o cesárea <input type="radio"/> - Después de un parto o cesárea (hasta 6 semanas después) <input type="radio"/> - Después de un parto o cesárea (hasta 12 meses después)		33. Condición del recién nacido <input type="radio"/> - Fue aborto <input type="radio"/> - No nació (el feto quedó en el útero) <input type="radio"/> - Nació muerto <input type="radio"/> - Nació vivo pero murió < 7 días <input type="radio"/> - Nació vivo pero murió > 7 días <input type="radio"/> - Nació vivo y sigue vivo <input type="radio"/> - No sabe		34. ¿Hizo control prenatal en este embarazo? <input type="radio"/> - Sí...¿cuántos controles? <input type="text"/> <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No sabe																											
34. ¿Hizo control prenatal en este embarazo? <input type="radio"/> - Sí...¿cuántos controles? <input type="text"/> <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No sabe		35. Parentesco del informante con la familia <input type="radio"/> - Familiar ¿quién? _____ <input type="radio"/> - No familiar ¿quién? _____		36. ¿La defunción, fue inscrita en una Oficialía de Registro Civil? <input type="radio"/> - Sí <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No sabe																											
37. Semanas transcurridas entre la defunción y la entrevista <input type="text"/>		38. DATOS DEL ENTREVISTADOR <input type="radio"/> - Médico <input type="radio"/> - Enfermera <input type="radio"/> - Auxiliar de enfermería <input type="radio"/> - Otro (especificar) _____ Nombre y apellidos _____ Firma _____		Fecha de la entrevista _____																											

# FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA

## (Parte II : Autopsia institucional)

IMPLICA LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS, QUIRÚRGICOS Y ENTREVISTAS AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE ATENDIÓ A LA DIFUNTA.  
ADJUNTAR A ESTA FICHA, LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE, EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA DIFUNTA.

<b>39. FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/>  <small> día    mes    año    hora    minutos</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/>  <small>SEMANAS</small> </div> <div style="text-align: center;"> <small>Sin datos: 99 No corresponde: 00</small> </div> </div>	<b>40. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>SEMANAS</small>	<b>41. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL INGRESO</b> Nombre _____ _____ <input type="radio"/> - Hospital Departamental <input type="radio"/> - Hospital de Red <input type="radio"/> - Otro establecimiento especializado <input type="radio"/> - Otro _____	<b>42. Nº de HISTORIA CLÍNICA</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/>	
<b>F. ANTECEDENTES</b> <b>43. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (incluir embarazo relacionado con la defunción)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <small>gestas</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>abortos</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>vaginales</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>partos</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>cesáreas</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>nac.vivos</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>viven</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>nac.muertos</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>murieron en la 1ª sem.de vida</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;"> <small>murieron después de la 1ª sem.de vida</small>  <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> </div> </div>		<b>44. FECHA ÚLTIMO PARTO / ABORTO</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>mes    año</small> si no hubo, 98 / 98 <small>sin datos, 99 / 99</small>	<b>45. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small> día    mes    año</small>	<b>46. FECHA PROBABLE DE PARTO</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small> día    mes    año</small>
<b>47. INTERVALO INTERGENÉSICO</b> <input type="radio"/> - No hubo gestación anterior <input type="radio"/> - Menos de 12 meses <input type="radio"/> - De 12 a 24 meses <input type="radio"/> - Más de 24 meses	<b>48. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS PREVIOS AL EMBARAZO ACTUAL (puede marcar más de una opción)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Tuberculosis  <input type="radio"/> - Diabetes  <input type="radio"/> - Malaria         </div> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Cesárea anterior  <input type="radio"/> - Hemorragia obstétrica previa  <input type="radio"/> - Cáncer ginecológico         </div> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Hipertensión arterial crónica  <input type="radio"/> - Preeclampsia en embarazo previo  <input type="radio"/> - Eclampsia en embarazo previo         </div> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Otro: _____  <input type="radio"/> - Ninguno  <input type="radio"/> - Sin datos en la H.C.         </div> </div>			
<b>G. DATOS DEL CONTROL PRENATAL</b>				
<b>49. CONTROL PRENATAL</b> <input type="radio"/> - Realizó control <input type="radio"/> - No realizó control → a la 54 <input type="radio"/> - Sin datos → a la 54	<b>51. EDAD GEST. EN LA 1ª CONSULTA</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>(si no hay datos, anotar 99)</small>	<b>53. COMPLICACIONES DETECTADAS EN EL CONTROL PRENATAL (puede marcar más de una opción)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Tuberculosis  <input type="radio"/> - Diabetes  <input type="radio"/> - Hipertensión arterial crónica  <input type="radio"/> - Malaria         </div> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Anemia crónica  <input type="radio"/> - Preeclampsia  <input type="radio"/> - Cardiopatía  <input type="radio"/> - Hemorragia genital         </div> <div style="width: 20%;"> <input type="radio"/> - Otra: _____  <input type="radio"/> - Sin complicaciones  <input type="radio"/> - Sin datos en la H.C.         </div> </div>		
<b>50. Nº DE CONTROLES</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>(si no hay datos, anotar 99)</small>	<b>52. EDAD GEST. EN LA ÚLTIMA CONSULTA</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>(si no hay datos, anotar 99)</small>			
<b>H. DATOS DEL PARTO O DEL ABORTO</b>				
<b>54. FORMA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b> <input type="radio"/> - Parto → a la 56 <input type="radio"/> - Cesárea → a la 56 <input type="radio"/> - Aborto → a la 55 y luego a la 57 <input type="radio"/> - Ni parto, ni cesárea, ni aborto (ir a la 57) <input type="radio"/> - Sin datos	<b>55. TIPO DE ABORTO</b> <input type="radio"/> - Espontáneo <input type="radio"/> - Sin datos <input type="radio"/> - Inducido	<b>56. TIPO DE PARTO/CESÁREA</b> <input type="radio"/> - Vaginal espontáneo <input type="radio"/> - Vaginal instrumental <input type="radio"/> - Cesárea electiva <input type="radio"/> - Cesárea de emergencia <input type="radio"/> - Cesárea posmortem <input type="radio"/> - Otro: _____		
<b>I. DATOS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>				
<b>57. ¿LA PACIENTE FUE REMITIDA DE OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD O SERVICIO?</b> <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - Sí... ¿de cuál? _____ Investigue y resuma lo realizado en el establecimiento remitente (puede usar mas hojas) _____ _____ _____ _____		<b>58. DIAGNÓSTICO DE INGRESO, AL SERVICIO DONDE FALLECIÓ (puede marcar más de una opción)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Amenaza de aborto / aborto en curso  <input type="radio"/> - Aborto incompleto  <input type="radio"/> - Embarazo ectópico  <input type="radio"/> - Amenaza de parto prematuro  <input type="radio"/> - Trabajo de parto prematuro  <input type="radio"/> - Trabajo de parto a término  <input type="radio"/> - Parto obstruido  <input type="radio"/> - Parto domiciliario / en otro servicio  <input type="radio"/> - Desproporción cefalopélvica  <input type="radio"/> - Embarazo múltiple  <input type="radio"/> - Rotura prematura de membranas  <input type="radio"/> - Infección / sepsis / shock séptico         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Preeclampsia  <input type="radio"/> - Eclampsia  <input type="radio"/> - Placenta previa  <input type="radio"/> - Abruption placentae  <input type="radio"/> - Síndrome HELLP  <input type="radio"/> - Accidente vasculo-cerebral  <input type="radio"/> - Rotura hepática  <input type="radio"/> - Hemorragia genital  <input type="radio"/> - Hemorragia postparto  <input type="radio"/> - Choque hipovolémico  <input type="radio"/> - Otro: _____  <input type="radio"/> - Sin datos         </div> </div>		
<b>59. INDICACIONES AL INGRESO</b> <input type="radio"/> - Control de rutina <input type="radio"/> - Tratamiento médico <input type="radio"/> - Trat. quirúrgico <input type="radio"/> - Trat. médico - quirúrgico <input type="radio"/> - Otro: _____ <input type="radio"/> - Sin datos en la H.C.	<b>60. ACCIONES MEDICO - QUIRÚRGICAS</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Antibióticos  <input type="radio"/> - Antihipertensivos  <input type="radio"/> - Anticonvulsivantes  <input type="radio"/> - Laparotomía  <input type="radio"/> - Cesárea  <input type="radio"/> - Histerectomía         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Inducción / conducción  <input type="radio"/> - Legrado uterino / AMEU  <input type="radio"/> - Otra _____  <input type="radio"/> - Sin datos en la H.C.  <input type="radio"/> - Transferida a U.T.I.         </div> </div>			
<b>62. TIPO DE ANESTESIA</b> <input type="radio"/> - General <input type="radio"/> - Raquídea / peridural <input type="radio"/> - Local <input type="radio"/> - Otra <input type="radio"/> - Ninguna (luego 64)	<b>63a. ¿HUBO COMPLICACIÓN ANESTÉSICA?</b> <input type="radio"/> - Sí (cuál) _____ <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No se indica en la H.C.	<b>64. ¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA?</b> <input type="radio"/> - Sí (cuál) _____ <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No se indica en la H.C. <input type="radio"/> - No corresponde	<b>65. ¿COMPLICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO O DEL PROCESO DE ABORTO?</b> <input type="radio"/> - Sí (cuál) _____ <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No se indica en la H.C.	
<b>66. ¿SE REALIZÓ TRANSFUSIÓN DE SANGRE?</b> <input type="radio"/> - Sí. (Nº paquetes globulares) → <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input type="radio"/> - Sí. (hemoderivados) ¿cuáles? _____ <input type="radio"/> - No, pero era necesaria (a la 68) <input type="radio"/> - No era necesaria (a la 68) <input type="radio"/> - Sin datos (a la 68)	<b>67. ¿LA TRANSFUSIÓN FUE OPORTUNA?</b> <input type="radio"/> - Sí <input type="radio"/> - No, ¿por qué? _____ <input type="radio"/> - Sin datos	<b>68. ¿HUBO DIFICULTADES PARA OBTENER SANGRE? (puede marcar más de una opción)</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Ninguna  <input type="radio"/> - Falta de sangre en banco  <input type="radio"/> - Falta de donador         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> - Dificultades económicas  <input type="radio"/> - Falta de equipo de transfusión  <input type="radio"/> - Otra _____         </div> </div>		
<b>69. CONDICIÓN DEL(LA) NIÑO(A) AL NACER</b> <input type="radio"/> - Vivo <input type="radio"/> - Mortinato (muerto in útero durante el embarazo) <input type="radio"/> - Mortinato (muerto in útero en el trabajo de parto/parto) <input type="radio"/> - Mortinato, se ignora el momento <input type="radio"/> - Aborto/ectópico (luego a la pregunta 74) <input type="radio"/> - No nació (quedó in útero) (luego a la pregunta 74) <input type="radio"/> - Sin datos (a la pregunta 74)		<b>70. PESO AL NACIMIENTO</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>gramos</small> <b>TALLA</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small>cm</small> <b>SEXO:</b> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	<b>71. APGAR</b> <input type="radio"/> - Al minuto → <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input type="radio"/> - A los 5 minutos → <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input type="radio"/> - Sin datos <input type="radio"/> - No corresponde (mortinato)	<b>73. EGRESO DEL RECIÉN NACIDO</b> <input type="radio"/> - No internado en este servicio (luego a la 75) <input type="radio"/> - Sano (luego a la 75) <input type="radio"/> - Referencia (luego a la 75) <input type="radio"/> - Internado hasta la fecha (luego a la 75) <input type="radio"/> - Alta con morbilidad (luego a la 75) <input type="radio"/> - Falleció (luego a la 74) <input type="radio"/> - No corresponde, mortinato (a la 75) <input type="radio"/> - Sin datos (a la 75)
<b>74. FECHA Y HORA DEL FALLECIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO</b> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 2px;" type="text"/> <small> día    mes    año    hora    min.</small>		<b>K. DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA MUERTE MATERNA</b> <b>76. ¿SE REALIZÓ AUTOPSIA?</b> <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> - No se solicitó <input type="radio"/> - No es rutinario realizarla <input type="radio"/> - Generalmente no se realiza <input type="radio"/> - No se Cuenta con Patólogo. <input type="radio"/> - La familia no autorizó la autopsia. <input type="radio"/> - Otra causa: _____ <input type="radio"/> 2. Sí → Resultado anatomopatológico: _____ _____ _____		
<b>77. Copie todos los diagnósticos de defunción registrados en la Historia Clínica:</b> 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____				

# FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA

## (Parte III : Informe de Conclusiones)

EL LLENADO DE ESTA SECCIÓN ESTÁ A CARGO DE LOS COMITÉS. Los Comités locales investigan únicamente defunciones domiciliarias y elaboran un informe inicial. Igualmente, los Comités Hospitalarios investigan y elaboran un informe inicial sobre las defunciones acaecidas en su servicio.

<b>78. CAUSAS BIOLÓGICAS DEL FALLECIMIENTO (CIE - 10ª)</b> Causa Directa a) _____ Causas Antecedentes b) _____ c) _____ Causa Básica d) _____ Causas Contribuyentes _____	Intervalo de tiempo _____	Código CIE - 10 <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																									<b>79. CAUSAS NO BIOLÓGICAS DEL FALLECIMIENTO (ESPECIFIQUE)</b> a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____

**80. DEMORA IDENTIFICADA**

<input type="radio"/> - No identificaron el problema (1a demora).	<input type="radio"/> - No se contó con quirófano (3a demora).	<input type="radio"/> - Medicamentos indicados y no disponibles.
<input type="radio"/> - Faltó decisión para buscar ayuda (1a demora).	<input type="radio"/> - No se contó con laboratorio.	<input type="radio"/> - Procedimientos ordenados y no disponibles.
<input type="radio"/> - No se contó con ambulancia (2da demora).	<input type="radio"/> - No estaba disponible Unidad de terapia intensiva.	<input type="radio"/> - No se cumplió la norma.
<input type="radio"/> - No se contó con radio-comunicación.	<input type="radio"/> - No se contó con medicamentos e insumos.	<input type="radio"/> - No se brindó una atención adecuada.
<input type="radio"/> - Se demoró el traslado (de la comunidad a la Red).	<input type="radio"/> - No se contó con equipamiento suficiente.	<input type="radio"/> - No se brindó una atención efectiva.
<input type="radio"/> - Se demoró el traslado (de I a II nivel).	<input type="radio"/> - No se contó con sangre y hemoderivados.	<input type="radio"/> - No se brindó una atención oportuna.
<input type="radio"/> - Se demoró el traslado (de II a III nivel).	<input type="radio"/> - No se contó con ginecólogo obstetra.	<input type="radio"/> - No se detectó la complicación tempranamente.
<input type="radio"/> - Falleció mientras se trasladaba al hospital.	<input type="radio"/> - No se contó con anestesiólogo/a.	<input type="radio"/> - No se actuó a tiempo.
<input type="radio"/> - No hubo tiempo para actuar (llegó muerta).	<input type="radio"/> - Exámenes solicitados y no disponibles.	<input type="radio"/> - Faltó competencia técnica en el proveedor/a.
<input type="radio"/> - Otra demora (describa): _____		

**81. LA MUJER FUE REFERIDA**

- Motivo por el que fue referida: \_\_\_\_\_

- Fecha y hora de la referencia:

	- ¿Hacia dónde la refirieron?		Día	Mes	Año	Hora	Min
De _____	Hacia _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De _____	Hacia _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
De _____	Hacia _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>82. TIPO DE FALLECIMIENTO</b> <input type="radio"/> - Muerte materna directa <input type="radio"/> - Muerte materna indirecta <input type="radio"/> - Muerte materna tardía <input type="radio"/> - Muerte materna relacionada al embarazo	<b>83. SEGÚN PARECER DEL COMITÉ, ¿LA MUERTE ANALIZADA ERA EVITABLE?</b> <input type="radio"/> - Sí <input type="radio"/> - No <input type="radio"/> - No concluyente	<b>84. OPINIÓN DEL COMITÉ SOBRE LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL POR LA DEFUNCIÓN (marque solo una opción)</b> <input type="radio"/> - De la paciente/familia <input type="radio"/> - Social <input type="radio"/> - De la asistencia médica <input type="radio"/> - No concluyente → / Fin - dictaminar <input type="radio"/> - De la asistencia hospitalaria <input type="radio"/> - Muerte inevitable → / Fin - dictaminar
---	---	--

<b>85. OPINIÓN DEL COMITÉ SOBRE LA RESPONSABILIDAD SECUNDARIA POR LA DEFUNCIÓN (marque solo una opción)</b> <input type="radio"/> - De la paciente / familia <input type="radio"/> - Social <input type="radio"/> - De la asistencia médica <input type="radio"/> - Otra _____ <input type="radio"/> - De la asistencia hospitalaria _____	<b>86. LA DEFUNCIÓN ERA EVITABLE MEDIANTE MEDIDAS... (se pueden marcar hasta dos opciones)</b> <input type="radio"/> - Sociales <input type="radio"/> - Mejor asistencia hospitalaria <input type="radio"/> - Educativas <input type="radio"/> - mejorando acceso a atención hospitalaria <input type="radio"/> - Mejor asistencia médica <input type="radio"/> - Otras _____
---	--

**INFORME DEL COMITÉ LOCAL U HOSPITALARIO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso necesario, utilice otras hojas para complementar esta información

FECHA INFORME:       \_\_\_\_\_

día      mes      año      PRESIDENTE      SECRETARIO

**INFORME FINAL DEL COMITÉ DEPARTAMENTAL:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso necesario, utilice otras hojas para complementar esta información

FECHA INFORME:       \_\_\_\_\_

día      mes      año      PRESIDENTE      SECRETARIO