

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE
SALUD REPRODUCTIVA



COMITE NACIONAL DE PREVENCIÓN,
ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA
MORBILIDAD Y MORTALIDAD
MATERNA Y PERINATAL

SEGUIMIENTO

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la
Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA

NOTA: DE UNA RESPUESTA O MAS RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS Y CUANDO CONSIDERE NECESARIO
ESCRIBA EN HOJAS ANEXAS. POR FAVOR SEÑALE CUANDO ESTO OCURRA.

1. FACTORES DETERMINANTES DEL DECESO.

1.1. MUERTE OBSTETRICA DIRECTA POR:

- | | | |
|--------|-------------------------|-----|
| 1.1.1. | HEMORRAGIA | [] |
| 1.1.2. | TOXEMIA | [] |
| 1.1.3. | INFECCION | [] |
| 1.1.4. | ABORTO | [] |
| 1.1.5. | ANESTESIA | [] |
| 1.1.6. | EMB. LIQUIDO AMNIOTICO | [] |
| 1.1.7. | DEPORTACION TROFOBLASTO | [] |
| 1.1.8. | CORIOCARCINOMA | [] |

1.2. MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA POR (AFECCION):

- | | | |
|--------|------------------|-----|
| 1.2.1. | CARDIACA | [] |
| 1.2.2. | VASCULAR | [] |
| 1.2.3. | HEPATICA | [] |
| 1.2.4. | PULMONAR | [] |
| 1.2.5. | GASTROINTESTINAL | [] |
| 1.2.6. | METABOLICA | [] |
| 1.2.7. | RENAL | [] |
| 1.2.8. | HEMATOLOGICA | [] |
| 1.2.9. | OTRA | [] |
- ESPECIFICAR _____

1.3. MUERTE NO OBSTETRICA POR:

- | | | |
|--------|---------------------|-----|
| 1.3.1. | INFECCION | [] |
| 1.3.2. | DISCRASIA SANGUINEA | [] |
| 1.3.3. | MALIGNIDAD | [] |
| 1.3.4. | ACCIDENTE | [] |
| 1.3.5. | OTRA | [] |
- ESPECIFICAR _____

2. FACTORES PARTICIPANTES:

2.1. PROCESO DE ATENCION MEDICA:

2.1.1. DIAGNOSTICO CLINICO (COMPARATIVO DEL DIAGNOSTICO MEDICO, RESPECTO DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO O EN SU CASO, RESPECTO DEL DIAGNOSTICO MEDICO FINAL):

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.1.1. | ADECUADO | [] |
| 2.1.1.2. | INADECUADO | [] |

2.1.2. OPORTUNIDAD DEL DIAGNOSTICO CLINICO (AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO FINAL HABIA TRANSCURRIDO UN TIEMPO MINIMO RAZONABLE DEL INGRESO DE LA PACIENTE):

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.2.1. | OPORTUNO | [] |
| 2.1.2.2. | INOPORTUNO | [] |

2.1.3. CONFIRMACION DIAGNOSTICA (SE SOLICITARON LOS EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE NECESARIOS PARA REALIZAR UNA RATIFICACION O RECTIFICACION DEL DIAGNOSTICO INICIAL):

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.3.1. | ADECUADA | [] |
| 2.1.3.2. | INADECUADA | [] |

2.1.4. OPORTUNIDAD EN LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA (AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL TRANSCURRIO UN TIEMPO MINIMO RAZONABLE PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO FINAL):

2.1.4.1. ADECUADA []
2.1.4.2. INADECUADA []

2.1.5. CRITERIO TERAPEUTICO.

2.1.5.1. TRATAMIENTO INSTALADO ACORDE AL DIAGNOSTICO FINAL:

2.1.5.1.1. CORRECTO []
2.1.5.1.2. INCORRECTO []

2.1.5.2. TRATAMIENTO INSTALADO EN TIEMPO NECESARIO PARA EL DIAGNOSTICO FINAL:

2.1.5.2.1. OPORTUNO []
2.1.5.2.2. INOPORTUNO []

2.1.6. SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA:

2.1.6.1. REGISTRO DE DATOS EN SALAS DE LABOR, DE EXPULSION Y DE RECUPERACION (EVOLUCION, MEDICAMENTOS, SOLUCIONES, CUIDADOS Y OBSERVACIONES Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES):

2.1.6.1.1. COMPLETO []
2.1.6.1.2. INCOMPLETO []

2.1.6.2. IDENTIFICACION Y NOTIFICACION DE COMPLICACIONES POR ENFERMERIA:

2.1.6.2.1. OPORTUNA []
2.1.6.2.2. INOPORTUNA []

2.1.7. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO MEDICO (REGISTRO EN EL EXPEDIENTE CLINICO):

2.1.7.1. COMPLETO []
2.1.7.2. INCOMPLETO []
2.1.7.3. OPORTUNO []
2.1.7.4. INOPORTUNO []

2.1.8. ATENCION DE LAS COMPLICACIONES POR EL MEDICO:

2.1.8.1. OPORTUNA []
2.1.8.2. INOPORTUNA []

2.1.9. SOLICITUD MEDICA DE INTERCONSULTA O DE UN MEDICO DE MAYOR JERARQUIA:

2.1.9.1. OPORTUNA []
2.1.9.2. INOPORTUNA []

3. OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA POR LA USUARIA.

3.1. ATENCION PRENATAL:

3.1.1. NO []
3.1.2. SI []
3.1.3. REGULAR []
3.1.4. IRREGULAR []
3.1.5. SE DESCONOCE []

3.2. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES:

3.2.1. UNA A DOS []
3.2.2. TRES A CINCO []
3.2.3. MAS DE CINCO []
3.2.4. SE DESCONOCE []

3.3. TRIMESTRE EN QUE INICIO EL CONTROL:

- | | | |
|--------|--------------|-----|
| 3.3.1. | PRIMERO | [] |
| 3.3.2. | SEGUNDO | [] |
| 3.3.3. | TERCERO | [] |
| 3.3.4. | SE DESCONOCE | [] |

3.4. FECHA Y HORA EN QUE DEMANDO ATENCION EN ESTA UNIDAD:

HORA	[]	[]
DIA	[]	[]
MES	[]	[]
AÑO	[]	[]

3.5. ¿SOLICITO ATENCION?

- | | | |
|--------|------------------------------|-----|
| 3.5.1. | EN TRABAJO DE PARTO | [] |
| 3.5.2. | SIN TRABAJO DE PARTO | [] |
| 3.5.3. | POR COMPLICACIONES DEL PARTO | [] |
| 3.5.4. | POR PARTO FORTUITO | [] |
| 3.5.5. | POR OTRO MOTIVO | [] |
- ESPECIFICAR _____

4. ATENCIÓN EN LA UNIDAD.

4.1. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCION DEL EVENTO:

- | | | |
|--------|--------------------------------|-----|
| 4.1.1. | INMEDIATO | [] |
| 4.1.2. | DE UNA A MENOS DE CUATRO HORAS | [] |
| 4.1.3. | DE 4 A MENOS DE 8 HORAS | [] |
| 4.1.4. | DE 8 A 12 HORAS | [] |
| 4.1.5. | MAS DE 12 HORAS | [] |

4.2. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD Y EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO INICIAL:

- | | | |
|--------|--------------------------------|-----|
| 4.2.1. | INMEDIATO | [] |
| 4.2.2. | DE UNA A MENOS DE CUATRO HORAS | [] |
| 4.2.3. | DE 4 A MENOS DE 8 HORAS | [] |
| 4.2.4. | DE 8 A 12 HORAS | [] |
| 4.2.5. | MAS DE 12 HORAS | [] |

4.3. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD Y EL ESTABLECIMIENTO DEL TRATAMIENTO:

- | | | |
|--------|-------------------------|-----|
| 4.3.1. | INMEDIATO | [] |
| 4.3.2. | DE 1 A MENOS DE 4 HORAS | [] |
| 4.3.3. | DE 4 A MENOS DE 8 HORAS | [] |
| 4.3.4. | DE 8 A 12 HORAS | [] |
| 4.3.5. | MAS DE 12 HORAS | [] |

5. PREVISIBILIDAD.

5.1. MUERTE PREVISIBLE POR DIAGNOSTICO:

- | | | |
|--------|----|-----|
| 5.1.1. | SI | [] |
| 5.1.2. | NO | [] |

5.2. MUERTE EVITABLE PARA EL HOSPITAL:

- | | | |
|--------|----|-----|
| 5.2.1. | SI | [] |
| 5.2.2. | NO | [] |

6. RECOMENDACIONES DE ASPECTOS QUE DEBEN SER SUPERADOS POR LA UNIDAD.

POR CONOCIMIENTO Y ACCIONES CONDUCTENTES

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD:

NOMBRE : _____

FIRMA : _____

RESPONSABLES DE LA ELABORACION DEL DICTAMEN
NOMBRE CARGO

FIRMA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE MUERTE MATERNA

NOTA: DE UNA RESPUESTA O MAS RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS. CUANDO CONSIDERE NECESARIO ESCRIBA EN HOJAS ANEXAS, POR FAVOR SEÑALE CUANDO ESTO OCURRA

1. IDENTIFICACION DEL HOSPITAL O UNIDAD DE ATENCION

- 1.1. NOMBRE _____
1.2. LOCALIDAD _____
1.3. MUNICIPIO _____
1.4. ENTIDAD FEDERATIVA _____ C.P. _____
1.5. TELEFONO (S) _____ FAX _____
1.6. NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE _____
1.7. FECHA DE ELABORACION DEL CUESTIONARIO.
DIA MES AÑO

1.8. NUMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION _____

2. IDENTIFICACION DE LA FALLECIDA

- 2.1. NOMBRE COMPLETO _____
2.2. NUMERO DE REGISTRO O FILIACION _____ 2.3. EDAD _____ AÑOS

2.4. ESTADO CIVIL:

- 2.4.1. SOLTERA
2.4.2. CASADA
[]
2.4.3. VIUDA
2.4.4. UNION LIBRE
2.4.5. SEPARADA
2.4.6. DIVORCIADA
2.4.7. NO SE SABE

2.5. ESCOLARIDAD:

- 2.5.1. PRIMARIA
[] 2.5.2. SECUNDARIA
2.5.3. PREPARATORIA O EQUIVALENTE
2.5.4. PROFESIONAL
2.5.5. POSTGRADO
2.5.6. ANALFABETA
2.5.7. AÑOS COMPLETOS CURSADOS

2.6. OCUPACION DE LA FALLECIDA:

- 2.6.1. HOGAR
2.6.2. ESTUDIA
2.6.3. CAMPO
2.6.4. EMPLEADA
2.6.5. COMERCIO
2.6.6. POR SU CUENTA
2.6.7. OTRA

2.7. OCUPACION DEL ESPOSO:

- 2.7.1. CAMPO
2.7.2. COMERCIO
2.7.3. EMPLEADO
2.7.4. POR SU CUENTA
2.7.5. ESTUDIA
2.7.6. OTRA
2.7.7. NO TRABAJA

2.8. DOMICILIO DE LA FALLECIDA:

CALLE _____

LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____

ESTADO _____ C.P. _____

2.9. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA:

- NO
SI ESPECIFIQUE _____

3. SITIO, TIEMPO Y CAUSA DEL FALLECIMIENTO.

3.1. SERVICIO O LUGAR EN QUE OCURRIO LA MUERTE:

- | | | | |
|------------------------------|-----|----------------------------|-----|
| 3.1.1. ADMISION | [] | 3.1.2. SALA DE LABOR | [] |
| 3.1.3. SALA DE EXPULSION | [] | 3.1.4. QUIROFANO | [] |
| 3.1.5. RECUPERACION | [] | 3.1.6. CUIDADOS INTENSIVOS | [] |
| 3.1.7. HOSPITALIZACION | [] | 3.1.8. UNIDAD DE TRASLADO | [] |
| 3.1.9. HOGAR DE LA FALLECIDA | [] | 3.1.10. CASA DE LA PARTERA | [] |
| 3.1.11. FUERA DE LA UNIDAD | [] | 3.1.12. VIA PUBLICA | [] |
| 3.1.13. TRANSPORTE | [] | 3.1.14. OTRO | [] |
- ESPECIFICAR _____

3.2. MOMENTO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA:

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 3.2.1. ANTES DEL PARTO | [] |
| 3.2.2. DURANTE EL PARTO | [] |
| 3.2.3. DURANTE EL ABORTO | [] |
| 3.2.4. DURANTE LA CESAREA | [] |
| 3.2.5. DURANTE EL PUERPERIO | [] |
| 3.2.5.1. PUERPERIO POSTPARTO | [] |
| 3.2.5.2. PUERPERIO POSTABORTO | [] |
| 3.2.5.3. PUERPERIO POSTCESAREA | [] |

3.3. EDAD DEL EMBARAZO ACTUAL:

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 3.3.1. DE MENOS DE 20 SEMANAS | [] |
| 3.3.2. DE 21 A 24 SEMANAS | [] |
| 3.3.3. DE 25 A 28 SEMANAS | [] |
| 3.3.4. DE 29 A 32 SEMANAS | [] |
| 3.3.5. DE 33 A 36 SEMANAS | [] |
| 3.3.6. DE 37 A 40 SEMANAS | [] |
| 3.3.7. DE MAS DE 40 SEMANAS | [] |
| 3.3.8. NO SE SABE | [] |

3.4. FECHA DE LA MUERTE:

- | | |
|------|------|
| HORA | __ _ |
| DIA | __ _ |
| MES | __ _ |
| AÑO | __ _ |

3.5. CAUSAS DE LA DEFUNCION (TRANSCRIPCION DE LOS INCISOS "a", "b", "c" DE LA PREGUNTA NUMERO 17 DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION).

- 3.5.1. a) _____
- 3.5.2. b) _____
- 3.5.3. c) _____

4. REFERENCIA DE OTRA UNIDAD.

4.1. PACIENTE REFERIDA DE OTRA UNIDAD:

- | | | |
|--------------------------|-----|-----------------------------|
| 4.1.1. NO | [] | PASAR A LA PREGUNTA 4.3. |
| 4.1.2. SI | [] | |
| 4.1.3. PARTERA | [] | |
| 4.1.5. UNIDAD 1ER. NIVEL | [] | 4.1.4. MEDICO PRIVADO [] |
| 4.1.7. HOSPITAL PUBLICO | [] | 4.1.6. HOSPITAL PRIVADO [] |
| ESPECIFICAR _____ | | 4.1.8. OTRO [] |

4.2. DIAGNOSTICO (S) DE LA UNIDAD DE PROCEDENCIA: (ANOTE LAS FECHAS)

4.3. DIAGNOSTICO(S) DEL AREA DE ADMISION:

__|_| __|_| __|_| __|_|
HORA DIA MES AÑO

4.4. DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES) DE LA SECCION A DONDE FUE REMITIDA:

__|_| __|_| __|_| __|_|
HORA DIA MES AÑO

5. ANTECEDENTES.

5.1. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

- 5.1.1. NO
 - 5.1.2. CARDIACOS
 - 5.1.3. HIPERTENSION ARTERIAL
 - 5.1.4. DIABETES MELLITUS
 - 5.1.5. MALFORMACIONES CONGENITAS
 - 5.1.6. OTRAS
 - 5.1.7. SE IGNORA
- ESPECIFICAR _____

5.2. ANTECEDENTES PERSONALES DE LA FALLECIDA:

- 5.2.1. NO
 - 5.2.2. CARDIOPATIA CONGENITA
 - 5.2.3. CARDIOPATIA REUMATICA
 - 5.2.4. HIPERTENSION ARTERIAL
 - 5.2.5. DIABETES MELLITUS
 - 5.2.6. MALF. CONGENITAS
 - 5.2.7. TIROIDEOPATIA
 - 5.2.8. OTRA ENDOCRINOPATIA
 - 5.2.9. ENF. COLAGENA
 - 5.2.10. TUBERCULOSIS PULMONAR
 - 5.2.11. OTRA NEUMOPATIA
 - 5.2.12. DROGADICCION
 - 5.2.13. EPILEPSIA
 - 5.2.14. OTRA NEUROPATIA
 - 5.2.15. NEFROPATIA
 - 5.2.16. HEMATOPATIA
 - 5.2.17. SIDA
 - 5.2.18. SE IGNORA
 - 5.2.19. OTRAS
- ESPECIFICAR _____

5.3. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

- 5.3.1. NUMERO DE GESTAS
- 5.3.2. NUMERO DE PARTOS
- 5.3.3. NUMERO DE ABORTOS
- 5.3.4. NUMERO DE CESAREAS
- 5.3.5. NUMERO DE EMB. EXTRAUTERINOS
- 5.3.6. SE IGNORA

5.4. RESULTADOS OBSTETRICOS

1. AÑO	2. EVOL. EMB. MESES	3. COMPLI-CACIONES EMBARA-ZO	4. CON-TROL PRE-NATAL	5. TIPO DE RESOLU-CION	6. PRO-DUCTO			7. PESO DEL PRO-DUCTO	8. TIPO DE PUER-PERIO
					V	F*	N**		

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. ANOTAR EL AÑO DE CADA EMBARAZO ANTERIOR, INICIANDO POR EL MAS RECIENTE.
2. INDICAR EL NUMERO DE MESES DE CADA GESTACION.
3. MARCAR "SI" O "NO" EXISTIERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
4. MARCAR "SI" O "NO" EXISTIO CONTROL PRENATAL.
5. INDICAR TIPO DE RESOLUCION DE CADA EMBARAZO (PARTO EUTOCICO, CESAREA, ABORTO, ETC.).
6. INDICAR SI EL PRODUCTO NACIO VIVO (V) O MUERTO, F*= MUERTE FETAL; N**= MUERTE NEONATAL. EN ESTE CASO ANOTAR, EN DIAS, LA EDAD AL MOMENTO DE LA DEFUNCION.
7. ANOTAR, EN GRAMOS, EL PESO DEL PRODUCTO.
8. SEÑALAR SI EL PUERPERIO FUE NORMAL (N) O PATOLOGICO (P).

5.5. ANTECEDENTES DE PLANIFICACION FAMILIAR:

- 5.5.1. NO
 - 5.5.2. SI
- ESPECIFICAR METODO _____

6. CONTROL PRENATAL.

6.1. RECIBIO ATENCION PRENATAL:

- 6.1.1. SI
- 6.1.2. NO
- 6.1.3. SE IGNORA

6.2. TRIMESTRE EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL:

- 6.2.1. PRIMERO []
- 6.2.2. SEGUNDO []
- 6.2.3. TERCERO []

6.3. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES:

- 6.3.1. UNA A DOS []
- 6.3.2. TRES A CINCO []
- 6.3.3. MAS DE CINCO []

6.4. FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA:

/ /
 DIA MES AÑO

6.5. LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

- 6.5.1. OBSTETRA []
- 6.5.2. RESIDENTE []
- 6.5.3. MEDICO GENERAL []
- 6.5.4. MEDICO PASANTE []
- 6.5.5. ENFERMERA TITULADA []
- 6.5.6. AUX. DE SALUD []
- 6.5.7. PART. TRADICIONAL ADIESTRADA []
- 6.5.8. OTRO []

6.6. EXAMENES DE LABORATORIO PRENATALES.

LOS ENUNCIADOS "PRIMERA" Y "SEGUNDA" SE REFIEREN A DOS MOMENTOS DE ANALISIS; UNO DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE Y EL SEGUNDO A LOS REALIZADOS EN EL TERCER TRIMESTRE

6.6.1. HEMOGLOBINA (g/100 ml.):

- 6.6.1.1. PRIMERA
- 6.6.1.1.1. MENOS DE 10 []
- 6.6.1.1.2. MAS DE 10 []
- 6.6.1.2. SEGUNDA
- 6.6.1.2.1. MENOS DE 10 []
- 6.6.1.2.2. MAS DE 10 []

6.6.2. EXAMEN GENERAL DE ORINA:

- 6.6.2.1. PRIMERA
- 6.6.2.1.1. PROTEINURIA NEGATIVO []
- 6.6.2.1.2. PROTEINURIA HASTA 3 G. []
- 6.6.2.1.3. PROTEINURIA MAS DE 3 G. []
- 6.6.2.2. SEGUNDA
- 6.6.2.2.1. PROTEINURIA NEGATIVO []
- 6.6.2.2.2. PROTEINURIA HASTA 3 G. []
- 6.6.2.2.3. PROTEINURIA MAS DE 3 G. []

NOTA:

SI SE REALIZO PRUEBA DE ALBUMINURIA EN 24 HORAS INDICAR RESULTADO

6.6.3. GRUPO SANGUINEO _____ RH _____

6.6.4. PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA:

- 6.6.4.1. POSITIVA []
- 6.6.4.2. NEGATIVA []

6.6.5. OTROS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

6.6.5.1. GLUCOSA:	NORMAL []	ANORMAL []
TECNICA		
6.6.5.2. UREA:	NORMAL []	ANORMAL []
TECNICA		
6.6.5.3. CREATININA:	NORMAL []	ANORMAL []
TECNICA		
6.6.5.4. RADIOLOGIA:	NORMAL []	ANORMAL []
ESPECIFICAR		
6.6.5.5. ULTRASONIDO:	NORMAL []	ANORMAL []
ESPECIFICAR		

6.6.6. OTROS (DESCRIBIR Y ANOTAR LOS RESULTADOS):

6.7 DATOS CLINICOS.

6.7.1. PRESION ARTERIAL:

6.7.1.1. PRIMERA		6.7.1.2. SEGUNDA	
6.7.1.1.1. NORMAL	[]	6.7.1.2.1. NORMAL	[]
6.7.1.1.2. ANORMAL MENOS DE 160/110	[]	6.7.1.2.2. ANORMAL > DE 160/110	[]
6.7.1.1.3. ANORMAL MAS DE 160/110	[]	6.7.1.2.3. ANORMAL MAS DE 160/110	[]

6.7.2. EDEMA:

6.7.2.1. PRIMERA		6.7.2.2. SEGUNDA	
6.7.2.1.1. NO	[]	6.7.2.2.1. NO	[]
6.7.2.1.2. MODERADO	[]	6.7.2.2.2. MODERADO	[]
6.7.2.1.3. SEVERO	[]	6.7.2.2.3. SEVERO	[]

6.7.3. AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO:

6.7.3.1. PRIMERA		6.7.3.2. SEGUNDA	
6.7.3.1.1. MENOS DE 6 KG.	[]	6.7.3.2.1. MENOS DE 6 KG.	[]
6.7.3.1.2. DE 6 A 12 KG.	[]	6.7.3.2.2. DE 6 A 12 KG.	[]
6.7.3.1.3. MAS DE 12 KG.	[]	6.7.3.2.3. MAS DE 12 KG.	[]

7. EVOLUCION DEL EMBARAZO:

7.1. NORMAL	[]	7.2. AMENAZA DE ABORTO	[]
7.3. AMENAZA PARTO PREMATURO	[]	7.4. SANGRADO II y/o III TRIMESTRE	[]
7.5. INFECCION URINARIA	[]	7.6. ANEMIA	[]
7.7. PREECLAMPSIA	[]	7.8. ECLAMPSIA	[]
7.9. DIABETES CONTROLADA	[]	7.10. DIABETES DESCONTROLADA	[]
7.11. POLIHIDRAMNIOS	[]	7.12. RETARDO CRECIMIENTO	[]
7.13. RUPT. PREM. MEMB. MENOS 12 HS.	[]	7.14. RUPT. PREM. MEMB. MAS 12 HS.	[]
7.15. OTRAS	[]		

ESPECIFICAR _____

8. ABORTO.

8.1. TIPO:

8.1.1. ESPONTANEO	[]	8.1.2. INDUCIDO	[]
8.1.3. MOLAR	[]	8.1.4. COMPLETO	[]
8.1.5. INCOMPLETO	[]		

8.2. EDAD: _____ SEMANAS.

8.3. METODO EMPLEADO PARA INDUCIR EL ABORTO:

8.3.1. DILATACION Y LEGRADO	[]	8.3.2. ASPIRACION	[]
8.3.3. PROSTAGLANDINAS	[]	8.3.4. OTRAS	[]

ESPECIFICAR _____

8.4. PRINCIPALES COMPLICACIONES :

8.4.1. HEMORRAGIA	[]	8.4.2. RUPTURA UTERINA	[]
8.4.3. PERFORACION UTERINA	[]	8.4.4. INFECCION	[]
8.4.5. OTRAS	[]	ESPECIFICAR	_____

8.5. TRATAMIENTO REALIZADO. MEDICO, QUIRURGICO: _____

8.6. OTRAS COMPLICACIONES: _____

9. PARTO.

9.1. TIPO DE PARTO:

- | | | | |
|-----------------|-----|---------------------|-----|
| 9.1.1. UNICO | [] | 9.1.2. GEMELAR | [] |
| 9.1.3. MULTIPLE | [] | 9.1.4. SE DESCONOCE | [] |

9.2. FECHA:

HORA DIA MES AÑO

9.3. SITIO DONDE SE ATENDIO EL PARTO:

- | | | | |
|-----------------|-----|---------------------------|-----|
| 9.3.1. HOGAR | [] | 9.3.2. CASA DE LA PARTERA | [] |
| 9.3.3. HOSPITAL | [] | 9.3.4. OTRO | [] |

9.3. OBSERVACIONES _____

9.4. DURACION DEL PARTO:

- | | | | |
|---------------------------|-----|-------------------------|-----|
| 9.4.1. MENOS DE 3 HORAS | [] | 9.4.2. DE 3 A 6 HORAS | [] |
| 9.4.3. DE 6 A 12 HORAS | [] | 9.4.4. DE 12 A 24 HORAS | [] |
| 9.4.5. DE MAS DE 24 HORAS | [] | | |

9.5. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO:

- | | | | |
|-------------------|-----|-----------------|-----|
| 9.5.1. ESPONTANEO | [] | 9.5.2. INDUCIDO | [] |
|-------------------|-----|-----------------|-----|

9.5.1. SI FUE INDUCIDO SEÑALE LA INDICACION:

- | | | | |
|--|-----|------------------------------|-----|
| 9.5.1.1. RUPTURA PREM. DE MEMB. | [] | 9.5.1.2. EMBARAZO PROLONGADO | [] |
| 9.5.1.3. COMPLICACION MATERNA
ESPECIFICAR _____ | [] | 9.5.1.4. OTRAS | [] |

9.5.2. SI FUE INDUCIDO SEÑALE EL METODO:

- | | |
|--|-----|
| 9.5.2.1. OCITOCINA | [] |
| 9.5.2.2. PROSTAGLANDINA | [] |
| 9.5.2.3. RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS | [] |
| 9.5.2.4. OCITOCINA + PROSTAGLANDINA | [] |
| 9.5.2.5. OCITOCINA + RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS | [] |
| 9.5.2.6. PROSTAGLANDINAS + RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS | [] |
| 9.5.2.7. OTRAS | [] |
- DOSIS DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS _____ ESPECIFICAR _____

9.5.3. INTERVALO ENTRE LA INDUCCION Y EL NACIMIENTO :

- | | | | |
|-----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|
| 9.5.3.1. MENOS DE 3 HORAS | [] | 9.5.3.2. DE 3 A MENOS DE 6 HORAS | [] |
| 9.5.3.3. DE 6 A MENOS DE 12 HORAS | [] | 9.5.3.4. DE 12 A 24 HORAS | [] |
| 9.5.3.5. MAS DE 24 HORAS | [] | | |

9.6. PERIODO DE DILATACION:

- | | | | |
|---------------|-----|-------------------|-----|
| 9.6.1. NORMAL | [] | 9.6.2. COMPLICADO | [] |
|---------------|-----|-------------------|-----|

9.6.1 COMPLICACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 9.6.1.1. VAR. DE POSICION PERSISTENTE | [] | 9.6.1.2. SUFRIMIENTO FETAL | [] |
| 9.6.1.3. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA | [] | 9.6.1.4. RUPTURA UTERINA | [] |
| 9.6.1.5. HIPOTENSION | [] | 9.6.1.6. CRISIS CONVULSIVAS | [] |
| 9.6.1.7. OTRAS | [] | ESPECIFICAR _____ | |

9.7. TIPO DE NACIMIENTO:

- | | | | |
|----------------------|-----|----------------------|-----|
| 9.7.1. PARTO NORMAL | [] | 9.7.2. PARTO PELVICO | [] |
| 9.7.3. FORCEPS MEDIO | [] | 9.7.4. FORCEPS BAJO | [] |
| 9.7.5. CESAREA | [] | | |

9.7.1. INDICACIONES DE LA CESAREA

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| 9.7.1.1. DESPROPORCION CEFALOPELVICA | [] | 9.7.1.2. EMBARAZO MULTIPLE | [] |
| 9.7.1.3. SITUACION TRANSVERSA | [] | 9.7.1.4. PROLAPSO DE CORDON | [] |
| 9.7.1.5. PLACENTA PREVIA | [] | 9.7.1.6. SUFRIM. FETAL AGUDO | [] |
| 9.7.1.7. ABRUPTIO PLACENTAE | [] | 9.7.1.8. PREECLAMPSIA | [] |
| 9.7.1.9. ECLAMPSIA | [] | 9.7.1.10. PRESENTACION PELVICA | [] |
| 9.7.1.11. AMNIOITIS | [] | 9.7.1.12. CESAREA ITERATIVA | [] |
| 9.7.1.13. OTRAS | [] | ESPECIFICAR _____ | |

9.8. COMPLICACIONES DEL PARTO:

- | | | | |
|-------------------------------|-----|------------------------|-----|
| 9.8.1. HEMORRAGIA | [] | 9.8.2. RUPTURA UTERINA | [] |
| 9.8.3. EMBOLIA LIQ. AMNIOTICO | [] | 9.8.4. SEPTICEMIA | [] |
| 9.8.5. PARTO OBSTRUIDO | [] | 9.8.6. ECLAMPSIA | [] |
| 9.8.7. SUFRIMIENTO FETAL | [] | 9.8.8. SE IGNORA | [] |
| 9.8.9. OTRAS | [] | ESPECIFICAR _____ | |

9.9. ALUMBRAMIENTO (PLACENTA):

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------|-----|
| 9.9.1. NORMAL | [] | 9.9.2. ANORMAL | [] |
| 9.9.3. COMPLETA | [] | 9.9.4. INCOMPLETA | [] |

9.10. DROGAS OCITOCICAS USADAS EN EL ALUMBRAMIENTO:

- | | | | |
|----------------------------|-----|------------------------------|-----|
| 9.10.1. OCITOCINA I.V. | [] | 9.10.2. OCITOCINA I.M. | [] |
| 9.10.3. ERGONOVINICO I.V. | [] | 9.10.4. ERGONOVINICO I.M. | [] |
| 9.10.5. PROSTAGLANDINAS IV | [] | 9.10.6. PROSTAGLANDINAS I.M. | [] |
| 9.10.7. OTRAS | [] | ESPECIFICAR _____ | |

9.11. PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO:

- | | | | |
|----------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| 9.11.1. OBSTETRA | [] | 9.11.2. MEDICO GENERAL | [] |
| 9.11.3. MEDICO RESIDENTE | [] | 9.11.4. MEDICO PASANTE | [] |
| 9.11.5. ENFERMERA TITULADA | [] | 9.11.6. PART. TRAD. ADIESTRADA | [] |
| 9.11.7. FAMILIAR | [] | 9.11.8. OTRO | [] |
| ESPECIFICAR _____ | | | |

10. ANALGESIA Y ANESTESIA

10.1. ANALGESIA:

- | | | | |
|------------|-----|------------|-----|
| 10.1.1. SI | [] | 10.1.2. NO | [] |
|------------|-----|------------|-----|

10.1.2. DROGAS USADAS: _____

10.1.3. VIA: _____

10.1.4. DOSIS: _____

10.1.5. ACCIDENTES O INCIDENTES:

- | | | | |
|--------------|-----|--------------|-----|
| 10.1.5.1. SI | [] | 10.1.5.2. NO | [] |
|--------------|-----|--------------|-----|

ESPECIFICAR _____

10.2. ANESTESIA:

10.2.1. METODO ANESTESICO EMPLEADO: _____

10.2.2. VIA: _____

10.2.3. DOSIS: _____

10.2.4. ACCIDENTES O INCIDENTES:

- | | | | |
|--------------|-----|--------------|-----|
| 10.2.4.1. SI | [] | 10.2.4.2. NO | [] |
|--------------|-----|--------------|-----|

ESPECIFICAR _____

10.2.5. PERSONA QUE APLICO LA ANALGESIA Y/O ANESTESIA:

- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|-----|
| 10.2.5.1. ANESTESIOLOGO | [] | 10.2.5.2. OBSTETRA | [] |
| 10.2.5.3. MEDICO GENERAL | [] | 10.2.5.4. MEDICO RESIDENTE | [] |
| 10.2.5.5. MEDICO PASANTE | [] | 10.2.5.6. ENFERMERA TITULADA | [] |
| 10.2.5.7. OTRO | [] | ESPECIFICAR _____ | |

11. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO:

- | | | | |
|-----------------------|-----|---------------------------|-----|
| 11.1. HEMORRAGIA | [] | 11.2. INFECCION PUERPERAL | [] |
| 11.3. TROMBOEMBOLISMO | [] | 11.4. PREECLAMPSIA | [] |
| 11.5. ANESTESICAS | [] | 11.6. OTRA | [] |
| ESPECIFICAR _____ | | | |

12. TRANSFUSION SANGUINEA.

12.1. SE TRANSFUNDIO:

12.1.1. NO 12.1.2. SI

12.1.3. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL REQUERIMIENTO DE LA TRANSFUSION Y EL MOMENTO EN QUE FUE TRANSFUNDIDA _____ HORAS

12.1.4. SI HUBO DEMORA, ESPECIFIQUE LA CAUSA

12.2 CANTIDAD TRANSFUNDIDA _____ ml.

12.3. COMPLICACIONES: 12.3.1. NO 12.3.2. SI

ESPECIFICAR _____

13. NOTA QUIRURGICA No. 1.

13.1 FECHA DE LA INTERVENCION: [] [] [] [] [] []

HORA DIA MES AÑO

13.2. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DECISION DE LA INTERVENCION Y MOMENTO DE INICIADA:

13.2.1. MENOS DE 1 HORA 13.2.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.2.3. DE 3 A MENOS DE 6 HORAS 13.2.4. DE 6 A MENOS DE 12 HS.

13.2.5. DE 12 A 24 HORAS 13.2.6. MAS DE 24 HORAS

13.3. SI HUBO DEMORA, CUAL FUE LA CAUSA: _____

13.4. TIEMPO OPERATORIO:

13.4.1. MENOS DE 1 HORA 13.4.2. DE 1 A MENOS DE 3 HS.

13.4.3. DE 3 A 6 HORAS 13.4.4. MAS DE 6 HORAS

13.5. TIEMPO DE ANESTESIA:

13.5.1. MENOS DE 1 HORA 13.5.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.5.3. DE 3 A 6 HORAS 13.5.4. MAS DE 6 HORAS

13.6. RIESGO ANESTESICO:

13.6.1. I 13.6.2. II

13.6.3. III 13.6.4. IV

13.7. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____

13.8. PERSONAL QUE INTERVINO:

13.8.1. CIRUJANO:		13.8.2. AYUDANTE:	
13.8.1.1. JEFE DEL SERVICIO	<input type="checkbox"/>	13.8.2.1. JEFE DEL SERVICIO	<input type="checkbox"/>
13.8.1.2. MEDICO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	13.8.2.2. MEDICO ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>
13.8.1.3. MEDICO GENERAL	<input type="checkbox"/>	13.8.2.3. MEDICO GENERAL	<input type="checkbox"/>
13.8.1.4. RESIDENTE 3er. AÑO	<input type="checkbox"/>	13.8.2.4. RESIDENTE 3er. AÑO	<input type="checkbox"/>
13.8.1.5. RESIDENTE 2do. AÑO	<input type="checkbox"/>	13.8.2.5. RESIDENTE 2do. AÑO	<input type="checkbox"/>
13.8.1.6. RESIDENTE 1er. AÑO	<input type="checkbox"/>	13.8.2.6. RESIDENTE 1er. AÑO	<input type="checkbox"/>
13.8.1.7. MEDICO PASANTE	<input type="checkbox"/>	13.8.2.7. MEDICO PASANTE	<input type="checkbox"/>

13.9. NOMBRE DE LA INTERVENCION: _____

13.10. HALLAZGOS: _____

13.11. DIAGNOSTICO POST OPERATORIO: _____

14. NOTA QUIRURGICA No. 2.

14.1. ACCIDENTES O INCIDENTES QUIRURGICOS: _____

14.2 RESOLUCION DE LAS COMPLICACIONES QUIRURGICAS: _____

14.3 ANESTESIA: _____

14.4 SANGRE ADMINISTRADA:
14.4.1. SI [] 14.4.2. NO []

14.5 LIQUIDOS ADMINISTRADOS: _____

14.6 REACCIONES TRANSFUSIONALES:
14.6.1. SI [] 14.6.2. NO []
ESPECIFICAR: _____

15. EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO.

15.1 FUE REALIZADO EL EXAMEN POST MORTEM:
15.1.1 SI [] 15.1.2 NO []

15.2 DATOS DEL REPORTE POST MORTEM MACROSCOPICO: _____

15.3 DATOS DE LAS INVESTIGACIONES HISTOLOGICAS HECHAS: _____

15.4 DATOS DE LOS EXAMENES BACTERIOLOGICOS HECHOS: _____

15.5 DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: _____

16. INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCION.

16.1. INSTALACIONES DE SERVICIOS INTERMEDIOS:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----|
| 16.1.1. QUIROFANOS: | 16.1.2. LABORATORIO: | |
| 16.1.1.1. ADECUADA | [] 16.1.2.1. ADECUADA | [] |
| 16.1.1.2. INADECUADA | [] 16.1.2.2. INADECUADA | [] |
| 16.1.1.3. NO EXISTE | [] 16.1.2.3. NO EXISTE | [] |
| 16.1.3. BANCO DE SANGRE: | 16.1.4. C. E. Y. E.: | |
| 16.1.3.1. ADECUADA | [] 16.1.4.1. ADECUADA | [] |
| 16.1.3.2. INADECUADA | [] 16.1.4.2. INADECUADA | [] |
| 16.1.3.3. NO EXISTE | [] 16.1.4.3. NO EXISTE | [] |
| 16.1.5. RADIOLOGIA E IMAGEN: | 16.1.6. ANESTESIOLOGIA: | |
| 16.1.5.1. ADECUADA | [] 16.1.6.1. ADECUADA | [] |
| 16.1.5.2. INADECUADA | [] 16.1.6.2. INADECUADA | [] |
| 16.1.5.3. NO EXISTE | [] 16.1.6.3. NO EXISTE | [] |

16.2. EQUIPO E INSTRUMENTAL:

16.2.1. PARTO NORMAL:

- 16.2.1.1. DISPONIBLE
- 16.2.1.2. NO DISPONIBLE
- 16.2.1.3. COMPLETO
- 16.2.1.4. INCOMPLETO

16.2.2. FORCEPS:

- [] 16.2.2.1. DISPONIBLE []
- [] 16.2.2.2. NO DISPONIBLE []
- [] 16.2.2.3. COMPLETO []
- [] 16.2.2.4. INCOMPLETO []

16.2.3. CESAREA:

- 16.2.3.1. DISPONIBLE
- 16.2.3.2. NO DISPONIBLE
- 16.2.3.3. COMPLETO
- 16.2.3.4. INCOMPLETO

16.2.4. ANESTESIOLOGIA:

- [] 16.2.4.1. DISPONIBLE []
- [] 16.2.4.2. NO DISPONIBLE []
- [] 16.2.4.3. COMPLETO []
- [] 16.2.4.4. INCOMPLETO []

16.2.5. PATOLOGIA:

- 16.2.5.1. DISPONIBLE
- 16.2.5.2. NO DISPONIBLE
- 16.2.5.3. COMPLETO
- 16.2.5.4. INCOMPLETO

16.2.6. RESUCITACION:

- [] 16.2.6.1. DISPONIBLE []
- [] 16.2.6.2. NO DISPONIBLE []
- [] 16.2.6.3. COMPLETO []
- [] 16.2.6.4. INCOMPLETO []

16.3. NUMERO Y NIVEL DE CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE INTERVINIERON EN LA ATENCION DE LA PACIENTE.

RECURSO HUMANO	NUMERO	CALIDAD			
		[E]	[C]	[M]	[D]
16.3.1. PASANTE	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.2. RESIDENTE	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.3. OBSTETRA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.4. ADSCRITO EN OBSTETRICIA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.5. ANESTESIOLOGO	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.6. LABORATORISTA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.7. RADIOLOGOS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.8. INTENSIVISTAS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.9. PATOLOGOS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.10. ENFERMERAS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.11. OTRO	[]	[]	[]	[]	[]

INSTRUCCIONES:

CALIFICAR COMO EXCELENTE (E), CALIFICADO (C), MEDIO (M) o DEFICIENTE (D) DE ACUERDO AL DESEMPEÑO DE CADA RECURSO, SOLAMENTE EN RELACION AL CASO EN ESTUDIO.

16.4. INSUMOS:

16.4.1. MATERIALES:

- 16.4.1.1. SUFICIENTE
- 16.4.1.2. INSUFICIENTE

16.4.2. MEDICAMENTOS:

- [] 16.4.2.1. SUFICIENTE []
- [] 16.4.2.2. INSUFICIENTE []

16.4.3. SANGRE Y DERIVADOS:

- 16.4.3.1. SUFICIENTE
- 16.4.3.2. INSUFICIENTE

16.4.4. ROPERIA:

- [] 16.4.4.1. SUFICIENTE []
- [] 16.4.4.2. INSUFICIENTE []

16.4.5. ANESTESICOS:

- 16.4.5.1. SUFICIENTE

- [] 16.4.5.2. INSUFICIENTE []

RESPONSABLE DE LA ELABORACION:

NOMBRE

CARGO

FIRMA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

AUTOPSIA VERBAL EN CASOS DE MUERTE MATERNA

NOTAS: ESTE DOCUMENTO DEBERA SER LLENADO PREFERENTEMENTE POR UN MEDICO. DANDO A TODAS LAS PREGUNTAS, UNA O MAS RESPUESTAS Y CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO ESCRIBIR EN HOJAS ANEXAS. FAVOR DE SEÑALARLO.

1 IDENTIFICACION DEL HOSPITAL, JURISDICCION SANITARIA O UNIDAD DE ATENCION

1.1 NOMBRE _____

1.2 ENTIDAD FEDERATIVA _____ 1.3. MUNICIPIO _____

1.4 LOCALIDAD _____ TELEFONO _____ C.P. _____

1.5 NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE _____

1.6 FECHA DE ELABORACION DEL CUESTIONARIO _____

DIA MES AÑO

1.7. NUMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION _____

2 IDENTIFICACION DE LA FALLECIDA

(Copiar los siguientes datos del Certificado de Defunción)

2.1. NOMBRE COMPLETO _____

2.2. DOMICILIO _____

2.3 LOCALIDAD _____

2.4 MUNICIPIO _____ 2.5. ESTADO _____

2.6 EDAD _____ AÑOS, FECHA DE NACIMIENTO _____

2.7. DERECHOHABIENTE SI NO
INSTITUCION _____ CODIGO _____

2.8 OCUPACION DE LA FALLECIDA:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 2.8.1. HOGAR | <input type="checkbox"/> | 2.8.2. ESTUDIA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.3. CAMPO | <input type="checkbox"/> | 2.8.4. EMPLEADA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.5. COMERCIO | <input type="checkbox"/> | 2.8.6. POR SU CUENTA | <input type="checkbox"/> |
| 2.8.7. OTRA | <input type="checkbox"/> | ESPECIFICAR _____ | |

2.9. ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.9.1. ANALFABETA | <input type="checkbox"/> | 2.9.2. PRIMARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> |
| 2.9.3. PRIMARIA COMPLETA | <input type="checkbox"/> | 2.9.4. SECUNDARIA | <input type="checkbox"/> |
| 2.9.5. PREPARATORIA O EQ. | <input type="checkbox"/> | 2.9.6. PROFESIONAL | <input type="checkbox"/> |

2.10. ESTADO CIVIL DE LA FALLECIDA:

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 2.10.1. SOLTERA | <input type="checkbox"/> | 2.10.2. CASADA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2.10.3. VIUDA | <input type="checkbox"/> | 2.10.4. UNION LIBRE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2.10.5. SEPARADA | <input type="checkbox"/> | 2.10.6. DIVORCIADA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2.10.7. NO SE SABE | <input type="checkbox"/> | | |

Buenos días (Buenas tardes), mi nombre es (indique su nombre) y trabajo para el Sistema Nacional de Salud, estamos realizando unas entrevistas para conocer algunos acontecimientos que sucedieron alrededor de las mujeres que han muerto en nuestro país. Sabemos que una Señora murió hace algún tiempo por lo que quisiéramos que colaborara contestando algunas preguntas

La información que proporcione será confidencial y de mucha ayuda para salvar la vida de otras mujeres.

Pregunte al interesado si acepta participar y en caso de hacerlo inicie con la sección de la siguiente página (pregunta 3).

Si no realizó la entrevista anote el motivo:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. No se encontraron los familiares | <input type="checkbox"/> | 2. Domicilio falso | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cambio de domicilio | <input type="checkbox"/> | 4. Se negó | <input type="checkbox"/> |

3. PARENTESCO CON LA FALLECIDA:

- | | | | |
|--------------|-----|--------------|-----|
| 3.1. MADRE | [] | 3.2. PADRE | [] |
| 3.3. ESPOSO | [] | 3.4. HERMANO | [] |
| 3.5. HERMANA | [] | 3.6. HIJO | [] |
| 3.7. HIJA | [] | 3.8. OTRO | [] |

ESPECIFICAR _____

3.1. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA:

- 3.1.1 NO []
3.1.2 SI [] ESPECIFIQUE _____

3.2. LA FALLECIDA ERA MONOLINGUE EN LENGUA INDIGENA:

- 3.2.1 SI []
3.2.2 NO []

4. FECHA DEL FALLECIMIENTO:

_____|_____|_____|_____|
HORA DIA MES AÑO

5. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERES.

5.1. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- | | | | |
|------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 5.1.1. SIN ANTECEDENTES | [] | 5.1.2. CARDIACOS | [] |
| 5.1.3. HIPERTENSION ARTERIAL | [] | 5.1.4. DIABETES MELLITUS | [] |
| 5.1.5. MALFORM. CONGENITAS | [] | 5.1.6. OTRAS | [] |
- ESPECIFICAR _____

5.2. PERSONALES, MEDICO/QUIRURGICOS:

- | | | | |
|----------------------------|-----|------------------------------|-----|
| 5.2.1. SIN ANTECEDENTES | [] | 5.2.2. CARDIOP. CONGENITA | [] |
| 5.2.3. CARDIOP. REUMATICA | [] | 5.2.4. HIPERTENSION ARTERIAL | [] |
| 5.2.5. MALFORM. CONGENITAS | [] | 5.2.6. DIABETES MELLITUS | [] |
| 5.2.7. TIROIDEOPATIA | [] | 5.2.8. OTRA ENDOCRINOPATIA | [] |
| 5.2.9. ENF. COLAGENA | [] | 5.2.10. TUBERCULOSIS PULM. | [] |
| 5.2.11. OTRA NEUMOPATIA | [] | 5.2.12. DROGADICCION | [] |
| 5.2.13. EPILEPSIA | [] | 5.2.14. OTRA NEUROPATIA | [] |
| 5.2.15. NEFROPATIA | [] | 5.2.16. HEMATOPATIA | [] |
| 5.2.17. SIDA | [] | 5.2.18. OTRAS | [] |
- ESPECIFICAR _____

5.3. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

- | | | | |
|--|-----|---------------------------|-----|
| 5.3.1. NUMERO DE GESTAS | [] | 5.3.2. NUMERO DE PARTOS | [] |
| 5.3.3. NUMERO DE ABORTOS | [] | 5.3.4. NUMERO DE CESEREAS | [] |
| 5.3.5. NUMERO DE EMBARAZOS EXTRAUTERINOS | [] | | [] |

6. PADECIMIENTO.

6.1. ¿DE QUE ENFERMEDAD CREE USTED QUE MURIO? _____

6.2. ¿DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIO? _____

6.3. POR FAVOR. DIGAME USTED LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA:

HORA _____ DIA _____
MES _____ AÑO _____

6.4. ¿PODRIA USTED DESCRIBIR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO, DESDE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA HASTA QUE MURIO?

7. SITIO Y ETAPA DEL ESTADO GRAVIDO-PUERPERAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE.

7.1. SITIO DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO:

- | | | | |
|----------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 7.1.1. DOMICILIO DE LA FALLECIDA | [] | 7.1.2. DOMICILIO PARTERA | [] |
| 7.1.3. UNIDAD MEDICA PRIVADA | [] | 7.1.4. UNIDAD DE SALUD | [] |
| 7.1.5. TRASLADO | [] | 7.1.6. OTRO | [] |

ESPECIFICAR

7.2. EL FALLECIMIENTO OCURRIO DURANTE:

- | | | | |
|------------------------|-----|---------------------|-----|
| 7.2.1. EMBARAZO | [] | 7.2.2. PARTO NORMAL | [] |
| 7.2.3. PARTO DISTOCICO | [] | 7.2.4. POSTPARTO | [] |
| 7.2.5. CESAREA | [] | 7.2.6. POSTCESAREA | [] |
| 7.2.7. ABORTO | [] | 7.2.8. POSTABORTO | [] |

8. NECROPSIA (AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO).

8.1. ¿SE REALIZO NECROPSIA?

- | | | |
|-----------|-----|-------------------------|
| 8.1.1. SI | [] | PASE A LA PREGUNTA 8.2. |
| 8.1.2. NO | [] | 8.1.3. SE IGNORA [] |

8.2. ¿PODRIA USTED DECIR ALGUNOS DE LOS DATOS DE LA AUTOPSIA?

9. EMBARAZO ACTUAL:

9.1. EDAD DEL EMBARAZO (EN MESES) _____

9.2. LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL:

- | | | | |
|------------------|-----|-----------|-----|
| 9.2.1. SI | [] | 9.2.2. NO | [] |
| 9.2.3. SE IGNORA | [] | | |

9.3. LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

- | | | | |
|----------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| 9.3.1. MEDICO ESPECIALISTA | [] | 9.3.2. MEDICO GENERAL | [] |
| 9.3.3. MEDICO PASANTE | [] | 9.3.4. ENFERMERA | [] |
| 9.3.5. AUXILIAR DE ENFERMERIA | [] | 9.3.6. PARTERA TRAD. CAPACITADA | [] |
| 9.3.7. PART. TRAD. NO ADIESTRADA | [] | 9.3.8. OTRO | [] |

9.4. MES EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL:

- | | | | |
|-----------------------------------|-----|------------------|-----|
| 9.4.1. PRIMERO, SEGUNDO O TERCERO | [] | 9.4.2. CUARTO | [] |
| 9.4.3. QUINTO | [] | 9.4.4. SEXTO | [] |
| 9.4.5. SEPTIMO | [] | 9.4.6. OCTAVO | [] |
| 9.4.7. NOVENO | [] | 9.4.8. SE IGNORA | [] |

9.5. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES:

- | | | | |
|---------------------|-----|---------------------|-----|
| 9.5.1. UNA A DOS | [] | 9.5.2. TRES A CINCO | [] |
| 9.5.3. MAS DE CINCO | [] | 9.5.4. SE IGNORA | [] |

9.6. FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA:

DIA MES AÑO

12.5. SITIO O LUGAR DONDE SE ATENDIO EL PARTO:

- | | | | |
|-------------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 12.5.1. DOMICILIO PARTURIENTA | [] | 12.5.2. DOMICILIO PARTERA | [] |
| 12.5.3. UNIDAD MEDICA PRIVADA | [] | 12.5.4. UNIDAD DE SALUD | [] |
| 12.5.5. POSADA DE NACIMIENTO | [] | 12.5.6. TRASLADO | [] |
| 12.5.7. OTRO | [] | ESPECIFICAR | [] |

12.6. EL PARTO FUE ATENDIDO POR:

- | | | | |
|-----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|
| 12.6.1. MEDICO ESPECIALISTA | [] | 12.6.2. MEDICO GENERAL | [] |
| 12.6.3. MEDICO PASANTE | [] | 12.6.4. ENFERMERA | [] |
| 12.6.5. AUXILIAR DE ENFERMERIA | [] | 12.6.6. PARTERA TRAD. CAPACITADA | [] |
| 12.6.7. PART. TRAD. NO ADIESTRADA | [] | 12.6.8. OTRO PERSONAL DE SALUD | [] |
| 12.6.9. FAMILIAR | [] | 12.6.10. LA MISMA PARTURIENTA | [] |
| 12.6.11. SE IGNORA | [] | 12.6.12. OTRO | [] |
- ESPECIFICAR _____

12.7. EL PARTO FUE :

- | | | | |
|--------------------|-----|------------------|-----|
| 12.7.1. ESPONTANEO | [] | 12.7.2. INDUCIDO | [] |
| 12.7.3. SE IGNORA | [] | | |

12.8. CUANTO TIEMPO DURO EL TRABAJO DE PARTO: _____ HORAS

12.9. ¿SABE USTED, SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?

- | | | | |
|------------|-----|------------|-----|
| 12.9.1. SI | [] | 12.9.2. NO | [] |
|------------|-----|------------|-----|

EN CASO AFIRMATIVO, MENCIONE CUALES: _____

12.10. SI SE REALIZO OPERACION CESAREA; PODRIA DESCRIBIR CUAL FUE LA INDICACION PARA REALIZARLA:

13. ABORTO.

13.1. SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ESTE FUE :

- | | | | |
|--------------------|-----|------------------|-----|
| 13.1.1. ESPONTANEO | [] | 13.1.2. INDUCIDO | [] |
| 13.1.3. SE IGNORA | [] | | |

13.2. EN QUE MES DEL EMBARAZO OCURRIO EL ABORTO: _____

13.3. DURANTE O DESPUES DEL ABORTO HUBO ALGUNA COMPLICACION:

- | | | | |
|-------------------|-----|------------|-----|
| 13.3.1. SI | [] | 13.3.2. NO | [] |
| 13.3.3. SE IGNORA | [] | | |

13.4. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES _____

14. PUERPERIO (CUARENTENA).

14.1. DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACION:

14.1.1. SI 14.1.2. NO
14.1.3. SE IGNORA

14.2. EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES:

14.2.1. CRISIS CONVULSIVAS 14.2.2. INFECCION
14.2.3. HEMORRAGIA 14.2.4. OTRAS
ESPECIFICAR: _____

15. ATENCION EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD.

NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD EN DONDE SE ATENDIO:

15.1. ¿ LA FALLECIDA TUVO ATENCION MEDICA? (CONSULTA MEDICA):

15.1.1. SI 15.1.2. NO
15.1.3. SE IGNORA

15.1.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTA FUE DURANTE:

15.1.1.1. EMBARAZO 15.1.1.2. PARTO
15.1.1.3. CESAREA 15.1.1.4. PUERPERIO (CUARENTENA)
15.1.1.5. ABORTO

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA:

15.2. ¿ LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA?

15.2.1. SI 15.2.2. NO
15.2.3. SE IGNORA

15.2.1. EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE:

15.2.2.1. EMBARAZO 15.2.2.2. PARTO
15.2.2.3. CESAREA 15.2.2.4. PUERPERIO (CUARENTENA)
15.2.2.5. ABORTO

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA:

15.3. TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO:

15.3.1. SE IGNORA 15.3.2. QUIRURGICO
15.3.3. MEDICO

ESPECIFIQUE:

15.4. EN CASO DE QUE LA FALLECIDA HAYA SIDO HOSPITALIZADA; ¿LE INFORMARON A USTED O A SUS FAMILIARES, DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE DESPUES DE LA ATENCION?

15.4.1. SI 15.4.2. NO
15.4.3. SE IGNORA

15.5. ¿SE TRASFUNDIO SANGRE A LA PACIENTE?

15.5.1. SI 15.5.2. NO
15.5.3. SE IGNORA

15.6. EN CASO AFIRMATIVO, LA TRANSFUSION FUE DURANTE:

15.6.1. EMBARAZO 15.6.2. PARTO
15.6.3. CESAREA 15.6.4. PUERPERIO (CUARENTENA)
15.6.5. ABORTO

15.7. ¿CUAL FUE EL MOTIVO DEL EGRESO DE LA PACIENTE?

15.7.1. MEJORIA 15.7.2. DEFUNCION
15.7.3. SE IGNORA

16. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

17. CARGO DEL ENTREVISTADOR:
