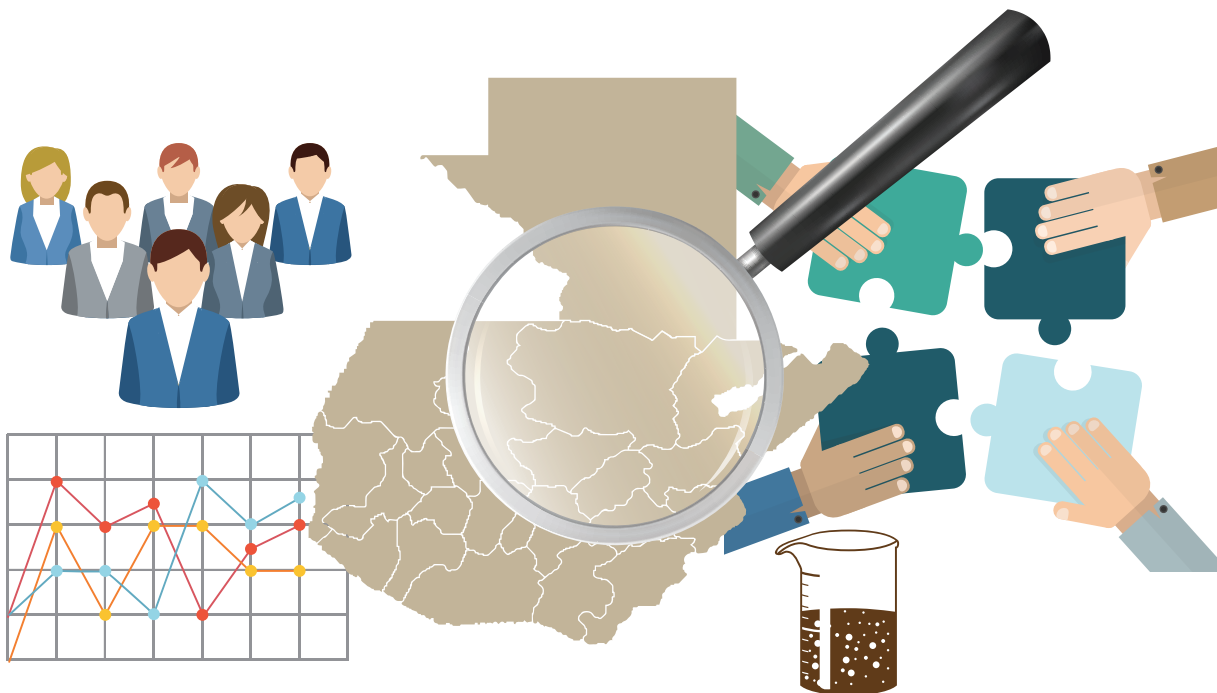




# Protocolo de Vigilancia de las Embarazadas y Muertes en Mujeres en Edad Fértil para la Identificación de Muerte Materna



Guatemala, 2018





## Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo**

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Julio Humberto García Colindres**

Viceministro de Atención Primaria

**Dr. José Roberto Molina Barrera**

Viceministro Técnico

**Dr. Mario Alberto Figueroa Álvarez**

Viceministro de Hospitales

**Lic. Gustavo Arévalo Henríquez**

Viceministro Administrativo

**Dr. Arnaldo Bringuez Aragón**

Director del Sistema Integral de Atención en Salud

**Dr. Manuel de Jesús Sagastume Cordón**

Jefe Departamento de Epidemiología

**Dra. Thelma Lorena Gobern García**

Coordinadora Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
Departamento de Epidemiología



## **Agradecimientos por apoyo técnico**

Programa de Salud Reproductiva  
Oficina Sanitaria Panamericana de Guatemala  
Vice ministerio de Hospitales



## PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LAS EMBARAZADAS Y MUERTES EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MUERTE MATERNA

### ÍNDICE

<b>1. Vigilancia de las embarazadas</b> .....	7
<b>1.1 Antecedentes:</b> .....	7
1.2 Objetivos: .....	7
General: .....	7
Específicos: .....	8
1.3 Descripción de evento: .....	8
1.4 Vigilancia epidemiológica: .....	8
1.5 Ciclo de la vigilancia epidemiológica: .....	9
1.6 Ficha de riesgo obstétrico: .....	11
1.7 Indicadores de la vigilancia de las embarazadas: .....	12
<b>2. Vigilancia de la muerte en mujeres en edad fértil (10-54 años) para identificación de muerte materna</b> .....	13
2.1 Descripción del evento: .....	13
2.2 Objetivos: .....	13
General: .....	13
Específicos .....	13
2.3 Definiciones conceptuales: .....	13
2.4 Vigilancia epidemiológica: .....	16
Definiciones operativas:.....	16
Pasos de vigilancia epidemiológica a nivel comunitario: .....	17
Pasos de vigilancia epidemiológica a nivel institucional: .....	18
2.5 Análisis de la información: .....	19
Nivel distrital: .....	19
Nivel institucional (Hospital, CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal): .....	19
Nivel departamental: .....	19
Investigación de muerte de mujeres en edad fértil a nivel institucional (Hospital, CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal) diferente a la DAS de residencia: .....	19



Algoritmo de Vigilancia epidemiológica de la muerte en mujeres en edad fértil para identificación de muertes maternas fuera de los servicios de salud:.....	20
2.6 Indicadores .....	21
2.7 Estructura de los comités de análisis: .....	23
Comité distrital de análisis de muerte materna: .....	23
Comité Hospitalario de Análisis de Muerte Materna: .....	23
Comité departamental de Análisis de Muerte Materna integrado por: ..	23
<b>3. Metodología de análisis de la Mortalidad Materna .....</b>	<b>25</b>
3.1 Cadena de eslabones de atención para mujer en edad fértil, embarazo, parto, puerperio y recién nacido: .....	25
Propósito: .....	26
Objetivo: .....	26
Metodología: .....	26
3.2 Eslabones de atención y sus componentes: .....	35
Eslabones de atención Institucional: .....	35
Eslabón de Atención Preventiva: .....	35
Eslabón de Atención Prenatal: .....	35
Eslabón de Atención de Evento Obstétrico: .....	35
Eslabón de Atención del Puerperio: .....	37
Eslabón de Atención del Neonato: .....	38
Eslabón de Referencia: .....	38
Eslabones de Atención Comunitaria .....	39
<b>4. Anexos .....</b>	<b>44</b>
FORMA A .....	44
FORMA B .....	47
FORMA C .....	57

## GLOSARIO

**DA:** Desnutrición aguda.

**CIE10:** Código de la Clasificación internacional de Enfermedades, 10 Edición.

**E40:** Kwashiorkor.

**E41:** Marasmo.

**E42:** Kwashiorkor Marasmático.

**E43:** Desnutrición Severa.

**E44.0:** Desnutrición Moderada.

**SIGSA 2:** Formulario del Sistema Gerencial de Salud, para el registro de las defunciones.

**SIGSA 3:** Formulario del Sistema Gerencial de Salud, para el registro de la Consulta Externa.

**SIGSA 5 A:** Cuadernillo del Sistema Gerencial de Salud, para el registro de vacunación, suplementación, desparasitación, monitoreo del crecimiento y alimentación complementaria.

**SIGSA 5C:** Formulario del Sistema Gerencial de Salud, para el registro de vacunación.

**SIGSA 5DA:** Cuadernillo del Sistema Gerencial de Salud, para el seguimiento de los casos de desnutrición aguda.

**SIGSA 18:** Formulario del Sistema Gerencial de Salud, para el registro semanal de los eventos de notificación obligatoria.

**EPIFICHAS:** Nombre con el cual se le conoce a la ficha epidemiológica de morbilidad de la desnutrición aguda.

**EPIWEB:** Aplicación en la web, desde la página de Epidemiología donde se operan las fichas de vigilancia epidemiológica.

**RENAP:** Registro Nacional de las Personas.

**USME:** Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación del SIAS.

**EPIVIGILA:** Herramienta para el Análisis Epidemiológico desde la página de Epidemiología.

**SESAN:** Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

**PROSAN:** Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional.





# PROTOCOLOS DE VIGILANCIA DE LAS EMBARAZADAS Y MUERTES EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MUERTE MATERNA

## 1. Vigilancia de las Embarazadas

### 1.1 Antecedentes

La reducción de la mortalidad materna constituye uno de los principales objetivos y a la vez uno de los compromisos a cumplir como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) ratificado por los países, representando uno de los desafíos más importantes para los Sistemas de Salud y que requiere la participación de todos los sectores de la sociedad.

En el 2011 se implementa el protocolo de vigilancia epidemiológica de la Embarazada y de la Muerte de Mujeres en Edad Fértil para la Identificación de la muerte materna (10 a 54 años); por su importancia y trascendencia en el 2013 se actualiza y socializa el protocolo de vigilancia que incluye la metodología de análisis por eslabones de atención. Fortaleciendo la vigilancia en el 2013 se integra la mesa técnica de análisis de mortalidad materna.

<sup>1</sup> "Para el año 2012 se identificaron 461 casos de muerte materna (MM), con una razón de mortalidad materna (RMM) de 114, En el 2013, se identificaron 452 casos de MM, mostrando una reducción de 85 casos con respecto al 2007 y una reducción de 19% en la RMM". Durante los años 2015-2017 se ha mantenido la reducción de casos, según la Mesa institucional de Análisis de Muerte materna se finalizó el 2017 de 438 que indica una reducción de 14 casos con respecto al 2013. A pesar de los importantes logros existen aún brechas de inequidad en prevención y atención de este evento que como país debemos disminuir a fin de evitar este evento de alto impacto para la familia y sociedad.

### 1.2. Objetivos:

#### General:

1. Identificar embarazadas en condiciones de riesgo que ameriten vigilancia más estrecha o referencia oportuna a un servicio con mejor capacidad resolutive.

#### Específicos:

1. Registrar y analizar las variables epidemiológicas de las embarazadas, para detectar oportunamente factores de riesgo o señales de peligro.

---

<sup>1</sup> Bases de datos Mortalidad Materna Guatemala 2012-2013, áreas de salud

2. Vigilar a toda embarazada con factores de riesgo, para contribuir a su referencia o tratamiento oportuno en la red de servicios de salud

### 1.3 Descripción del evento

Toda embarazada se considera de riesgo, sin embargo existen condiciones que hacen necesaria una vigilancia más estrecha entre las edades tempranas y tardías de la vida reproductiva, embarazos múltiples, antecedentes de afecciones previas y durante el embarazo. La identificación de factores que puedan incidir en un aumento de riesgo obstétrico que pueda desencadenar complicaciones y en el peor de los casos la muerte, se constituye en prioridad para el desarrollo de estrategias de vigilancia y atención en el país.

### 1.4 Vigilancia epidemiológica

- **Tipo de vigilancia: activa, pasiva y universal.**
- **Universo de vigilancia:** Toda embarazada independientemente de la edad gestacional.

**Para fines de la vigilancia se determina que toda embarazada se considera en riesgo. Sin embargo existen factores que hacen necesaria una vigilancia más estrecha durante todo el embarazo.**

- **Definiciones operativas:**
  - **Factores que ameritan vigilancia más estrecha:**
    - ✓ Toda embarazada menor de 20 y mayor de 35 años.
    - ✓ Toda embarazada con sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, anemia, desnutrición, VIH, ITS, malaria, multipara (3 o más embarazos) o espacios intergenésicos reducidos (menor de 2 años).
  - **Antecedentes obstétricos:**
    - ✓ Muerte fetal o neonatal previa.
    - ✓ Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.
    - ✓ Antecedentes de 3 o más gestas.
    - ✓ Peso al nacer del último recién nacido < 2500gms. (5 libras 8 onzas).
    - ✓ Peso al nacer del último recién nacido > 4500gms. (9 libras 9 onzas).
    - ✓ Antecedente de hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia en el último embarazo.
    - ✓ Cirugía previa del aparato reproductivo (cesárea, miomectomía, conización o cerclaje del cuello uterino).



## • Embarazo Actual

### - Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple:

- ✓ Menor de 20 o mayor de 35 años de edad.
- ✓ Embarazada Rh negativo.
- ✓ Hemorragia vaginal.
- ✓ VIH Positivo y/o sífilis positiva.
- ✓ Presión arterial diastólica  $\geq$  de 90mmHg.
- ✓ Anemia: clínica y/o por laboratorio.

### - Antecedentes médicos:

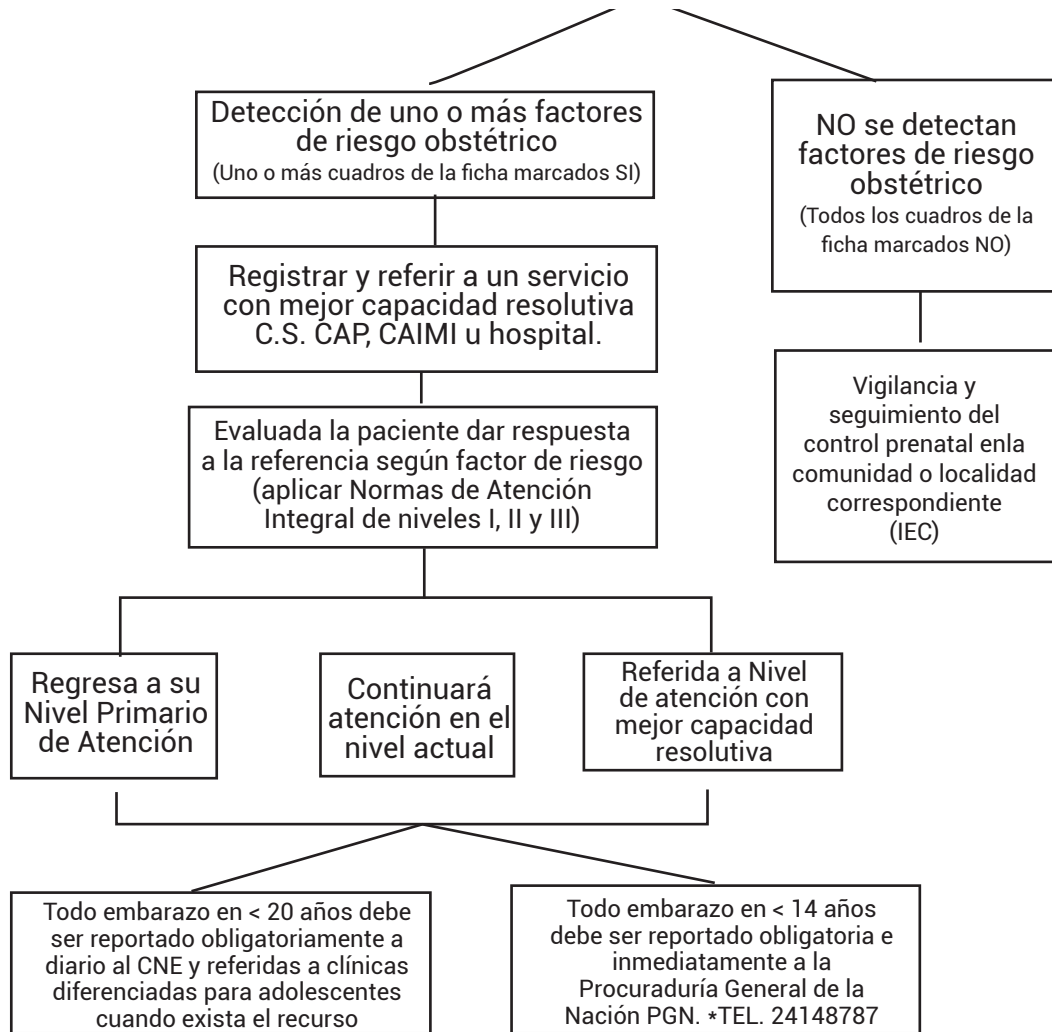
- ✓ Diabetes Mellitus.
- ✓ Enfermedad renal.
- ✓ Enfermedad del corazón.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Consumo de drogas (incluido alcohol, tabaco, otras).
- ✓ Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.

## 1.5 Ciclo de la vigilancia epidemiológica:

- **Captura e identificación de casos:** Se desarrollará rutinariamente durante el censo de embarazadas y en los servicios de salud.
- **Fuente primaria:** La comunidad y los servicios de salud.
- **Quién lo Hace:** Personal de los servicios de salud.
- **Consolidación y análisis:** la ficha de vigilancia de la embarazada deberá llenarse y analizarse en cada servicio de salud, definiendo qué embarazadas continuarán en control prenatal en cada nivel, refiriendo a otro servicio con mayor capacidad de respuesta a las embarazadas que presenten uno o más factores de riesgo obstétrico que ameriten referencia. Las fichas de vigilancia de la embarazada, con llenado completo y correcto, previo análisis local, se enviarán semanalmente al nivel inmediato superior de su jurisdicción. Las áreas de salud, consolidarán y analizarán las fichas

## Ciclo de vigilancia de la embarazada

Identificación de las embarazadas en el servicio de salud y comunidad  
 A toda embarazada se le debe llenar ficha de vigilancia  
 Aplicar ficha de riesgo obstétrico del MSPAS



\* PGN: Asigna número de denuncia que debe quedar registrado en expediente de paciente.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Departamento de Epidemiología

Departamento de  
**EPIDEMIOLOGIA**  
*Ciencia al servicio*


### Ficha de riesgo Obstétrico

Registro No. \_\_\_\_\_  
 Nombre de la embarazada: \_\_\_\_\_ Edad en años: \_\_\_\_\_  
 Pueblo: Maya: \_\_\_\_\_ Xinca \_\_\_\_\_ Garifuna \_\_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Nombre de esposo o conviviente: \_\_\_\_\_ Edad en años: \_\_\_\_\_  
 Pueblo: Maya: \_\_\_\_\_ Xinca \_\_\_\_\_ Garifuna \_\_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Distancia al servicio de salud más cercano: \_\_\_\_\_ Kms. \_\_\_\_\_ Tiempo en horas para llegar: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_  
 No. De celular de la señora o pareja o comunitario: \_\_\_\_\_  
 Fecha de última regla: \_\_\_\_\_ Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_ No. de Embarazos: \_\_\_\_\_  
 No. De partos: \_\_\_\_\_ No. De cesáreas: \_\_\_\_\_ No. de Abortos: \_\_\_\_\_ No. De hijos vivos: \_\_\_\_\_  
 No. De hijos muertos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el cuadro correspondiente

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SI	NO
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Antecedentes de 3 o más gestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Peso al nacer del último bebé < 2500 g. (5 lbs 8 onzas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Peso al nacer del último bebé > 4500 g. (9 lbs 9 onzas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antecedentes de hipertensión o preeclampsia/eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, conización, cesárea o cerclaje cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMBARAZO ACTUAL	SI	NO
8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Menos de 20 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Más de 35 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Paciente Rh (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hemorragia vaginal sin importar cantidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. VIH positivo o sífilis positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Anemia clínica o de laboratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Desnutrición u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sintomatología Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	SI	NO
20. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Consumo de drogas incluido alcohol o tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

La presencia de algunas de las características anteriores hace necesaria la evaluación de la paciente por un médico, quien tomará la decisión de referirla o no a otro servicio de mayor complejidad

Marque con un círculo  
 Si la respuesta es Si, será referida a: \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 persona responsable

1. Ficha adaptada de: The Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations:  
 Sentinel events:  
 evaluatin cause an planning improvement. 2nd editio, 2002 p. 3"

## 1.7 Indicadores de la vigilancia de las embarazadas:

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
% de embarazadas bajo vigilancia	Número de 0 embarazadas con primer control prenatal	Número de embarazos esperados (3.5% de la población total)	100
% de embarazadas menores de 20 años	Número de embarazadas menores de 20 años con primer control prenatal	Número de embarazadas con primer control prenatal	100
% de embarazadas menores de 14 años	Número de embarazadas menores de 14 años con primer control prenatal	Número de embarazadas con primer control prenatal	100
% de embarazadas menores de 14 años con reporte a la PGN	Número de embarazadas menores de 14 años con primer control prenatal y reporte a la PGN	Número de embarazadas menores de 14 años con primer control prenatal	100
% de embarazadas bajo vigilancia con al menos un factor de riesgo obstétrico	Número de embarazadas con al menos un factor de riesgo obstétrico con primer control prenatal	Número de embarazadas con primer control prenatal	100
% de embarazadas referidas a nivel de atención con mejor capacidad resolutive	Número de embarazadas referidas a nivel de atención con mejor capacidad resolutive	Número de embarazadas con primer control prenatal	100
% de servicios que realizan vigilancia de la embarazada	Número de servicios que realizan vigilancia de la embarazada	Número de servicios que deben realizar vigilancia de la embarazada	100

## 2. VIGILANCIA DE LA MUERTE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10-54 AÑOS) PARA IDENTIFICACIÓN DE MUERTE MATERNA

### 2.1 Descripción del evento:

La muerte materna es un evento que puede prevenirse, situación que define la importancia de su vigilancia en Salud Pública, su ocurrencia afecta la integridad del núcleo familiar y la estructura social en general. La mortalidad materna tiene implicaciones en los ámbitos social, económico y sanitario. Guatemala ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna mediante el plan estratégico de reducción de la mortalidad materna, basado en el desarrollo de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

### 2.2 Objetivos:

#### General:

1. Vigilar activamente la muerte en mujeres en edad fértil (10-54 años) para identificar la muerte materna y así establecer, planificar e implementar estrategias correctivas con participación multisectorial, a fin de contribuir a reducir la mortalidad materna en el país.

#### Específicos

1. Identificar muertes maternas y analizar las causas de muerte, determinando eslabones críticos y demoras
2. Apoyar a los servicios de salud en la identificación y análisis de la mortalidad materna y la toma de decisiones para su reducción.
3. Diseminar los resultados de la vigilancia, las intervenciones y recomendaciones a las autoridades locales y nacionales, organizaciones de la sociedad civil, agencias de cooperación, medios de comunicación y público en general.

### 2.3 Definiciones conceptuales:

- **Muerte de mujeres en edad fértil:** La que se produce en mujeres de 10 a 54 años de edad.
- **Muerte relacionada con embarazo:** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.
- **Muerte materna:** "Defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la





duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". (Décima revisión de la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10, 1993))

- **Directas:** Muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas
- **Indirectas:** Son aquellas que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del mismo.
- **Muerte materna tardía:** Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.
- **Muerte materna prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.
- **Muerte materna potencialmente prevenible:** Son aquellas muertes que presentaron una patología grave en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento adecuado pero tardío.
- **Muerte materna no prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- **Muerte materna Institucional:** Es la muerte de una paciente que tuvo al menos un contacto con los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio. Se subdividen en:
  - **Muerte materna dentro de los servicios de salud:** Es la que sucede dentro de la Red de Servicio de Salud (PEC, P/S, CAP, CAIMI, HOSPITAL).
  - **Muerte materna fuera de los servicios de salud:** Es la que sucede fuera de la Red de Servicios de Salud (domicilio, vía pública) pero que tuvieron al menos un contacto con ellos, durante el embarazo, parto o puerperio.
  - **Muerte materna Comunitaria (No Institucional):** Paciente que no tuvo ningún contacto con los servicios de salud durante embarazo, parto y puerperio y que muere en su domicilio, vía pública o durante el traslado.
  - **Muerte materna Accidental:** Son aquellas que ocurren por una causa relacionada con una situación accidental (evento de tránsito, caída entre otros).
  - **Muerta materna Incidental:** La que sucede debido a causas relacionadas con



un incidente (suicidio). Las muertes accidentales e incidentales son motivo de vigilancia aunque no se utilizan para la construcción de la razón de mortalidad materna.

**NOTA: El numerador que será utilizado para el cálculo de razón de mortalidad materna incluirá únicamente muertes maternas directas e indirectas, durante el embarazo, parto o 42 días post evento obstétrico (embarazo, parto, puerperio, cesárea, aborto o embarazo ectópico).**

**Clasificación de causas de muerte materna según Certificado de Defunción (Ver ejemplo en Anexos):**

**A Causa Directa de defunción:** Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.

**B y C. Causas antecedentes o que anteceden:** Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba.

**D. Causa básica:** Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos, que condujeron directamente a la muerte o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

**Causa Asociada de Defunción:** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.

*Ejemplo: Paciente desnutrida que fallece por Coagulopatía de consumo, Shock hipovolémico, atonía uterina y hemorragia vaginal severa.*

**Clasificación de la causa de muerte:**

- A. **Shock hipovolémico:** Causa Directa
- B. **Coagulopatía de Consumo:** Causa Antecedente
- C. **Hemorragia Vaginal Severa:** Causa Antecedente
- D. **Atonía uterina:** Causa Básica

Desnutrición  
Causa Asociada

• **Atonía uterina fue la patología que inició los acontecimientos que llevaron a la muerte a la paciente, esta es la CAUSA BÁSICA** y la ubicamos en el literal D. La atonía uterina causó dos complicaciones: **Hemorragia severa y Coagulopatía de consumo, son las causas antecedentes** porque anteceden a la causa final de muerte y se ubican en las literales B y C. La complicación que finalmente causó el fallecimiento de la madre se llama **Causa Directa**, que en el presente ejemplo corresponde a **shock hipovolémico** y se ubica el literal A.



- **La desnutrición es la Causa Asociada** por ser la patología que contribuyó a la muerte, pero no está relacionada con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.
- **Otros datos de importancia para el análisis en el Certificado de defunción:**
- **Lugar de Ocurrencia de la Muerte:** Es donde sucede la muerte.
- **Lugar de Residencia de la fallecida:** Es el lugar de residencia habitual de la mujer. Útil para construir Razón de Mortalidad Materna por área de salud y nacional.

## 2.4 Vigilancia epidemiológica:

**Tipo de vigilancia:** activa y universal

**Universo de Vigilancia:** Todas las muertes ocurridas (registradas o no) de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años.

### **Definiciones operativas:**

**Caso Sospechoso de muerte materna:** Toda muerte que ocurra en mujeres entre 10 a 54 años de edad.

**Caso Confirmado de muerte materna:** Toda muerte de mujer que cumpla con la definición de muerte materna directa o indirecta.

**Caso confirmado de muerte materna tardía:** Es la muerte materna después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. **NOTA:** Estos casos deben ser analizados para la toma de decisiones, pero no se incluyen en el numerador para el cálculo de la razón de mortalidad materna.

**Caso descartado o muerte no materna:** son aquellas que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada causalmente con el embarazo su atención.

### **Pasos de vigilancia epidemiológica a nivel comunitario:**

**Paso 1. Identificación de casos de muertes de mujeres en edad fértil:** Se realiza mensualmente. Se Obtiene una lista de muertes de mujeres entre 10 y 54 años.

**Fuente primaria:** RENAP del municipio.

**Fuentes Alternas:** rumores, llamadas telefónicas, informantes claves.

**Quien hace la identificación:** una persona designada por el coordinador municipal de salud del distrito, recolecta la información en el RENAP. Con base al SIGSA 2 y las identificadas por fuentes alternas. El secretario o estadígrafo, elabora una lista de mujeres fallecidas con edades entre 10 y 54 años.

**Paso 2. Llenado de forma "A":** Con base en el listado de mujeres fallecidas en edades de 10 a 54 años, el coordinador municipal de distrito llena la forma "A" a cada caso en un

plazo de dos días después de haber recibido el informe. Estas formas A, deben ser entregadas al epidemiólogo de área de la forma inmediata posible. Si se identifican casos de muerte materna o sospechosa de muerte materna de otra área de salud, el distrito reporta al epidemiólogo de su DAS y éste notificará al epidemiólogo de la DAS que corresponde por residencia para iniciar el proceso de investigación; este proceso debe ir acompañado de la forma A correctamente llena por el distrito del lugar de ocurrencia de la muerte.

**Paso 3. Clasificación:** De acuerdo a la causa de muerte que figura en la forma "A", el coordinador municipal de salud del distrito clasifica los casos en:

- Muerte materna
- Muerte sospechosa de muerte materna
- Muerte no materna

Todo caso de sospechoso y confirmado de muerte materna debe ser notificado diariamente al departamento de epidemiología de nivel central a través del Epi diario

**Paso 4. Investigación domiciliaria:** Se realizará el llenado de la forma B en el domicilio de todas las muertes identificadas como sospechosas de mortalidad materna o muertes maternas, por el distrito de salud, dentro de los 15 días siguientes al llenado de la forma A.

#### **Pasos de vigilancia epidemiológica a nivel institucional:**

Si la muerte ocurre en un CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal u Hospital, se debe llenar la forma "C" inmediatamente por el proveedor responsable de la atención directa.

**Paso 1.** El director del servicio de salud, designará a la persona responsable de elaborar diariamente una lista de mujeres en edad fértil (10 a 54 años) que fallecen en los servicios, por departamento y/o servicio. Fuente: libro de egresos

**Paso 2.** Con base en el listado anterior, se llenará correctamente e inmediatamente la forma "C" independientemente del servicio donde fallezca. La forma "C" será llenada por el epidemiólogo hospitalario, ginecólogo-obstetra o médico responsable del caso o enfermera jefe de servicio. Fuente: Expediente clínico. (Si se identifica que no es caso de muerte materna únicamente se llenará la sección I de la forma "C"; si es caso de muerte materna, se llenará la forma "C" completa). Las formas C no llenadas por el epidemiólogo hospitalario, se las deben entregar de inmediato.

**Paso 3.** Si en la forma "C" se identifica que es una muerte materna, se debe llenar el formato resumen de caso.



**Paso 4.** El epidemiólogo hospitalario debe enviar diariamente al epidemiólogo de la DAS, el listado de muertes de mujeres en edad fértil, las formas "C" correspondientes y los resúmenes de los casos de las muertes maternas identificadas.

## 2.5 Análisis de la información:

**Nivel distrital:** Con las formas A y B se clasifican las muertes en maternas confirmadas y no maternas. A las muertes maternas confirmadas se les realiza análisis longitudinal para identificar demoras y eslabones críticos, elaborando su respectivo plan de mejora. Esta información es enviada a la DAS para análisis del comité departamental.

**Nivel institucional (Hospital, CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal):** Con la forma C, expediente clínico y resumen del caso correspondiente, el comité de análisis de mortalidad materna hospitalaria, confirma los casos de muerte materna, analiza e identifica eslabones críticos institucionales y elabora su plan de mejora. La forma C, copia foliada del expediente clínico, resumen del caso y análisis del mismo por eslabones críticos, serán enviados de inmediato a la DAS para análisis del comité departamental.

**Nivel departamental:** Con las formas A, B, C y resumen de caso, el comité departamental de análisis de Mortalidad Materna, en reunión mensual: analiza, confirma o modifica causa básica, directa, antecedente y asociada de muerte, confirma o descarta el caso de muerte materna, llena ficha de clasificación y realiza planes de intervención para su implementación con base a la metodología de eslabones críticos. El resumen de análisis de cada caso de mortalidad materna debe ser llenado en la reunión mensual del comité departamental de análisis de la mortalidad materna y enviado en forma electrónica en la inmediatez posible junto con las formas A B y C, resumen clínico de caso, planes de mejora, ficha de clasificación y certificación del acta de la reunión mensual del comité departamental de análisis de muerte materna, al Departamento de Epidemiología de Nivel Central.

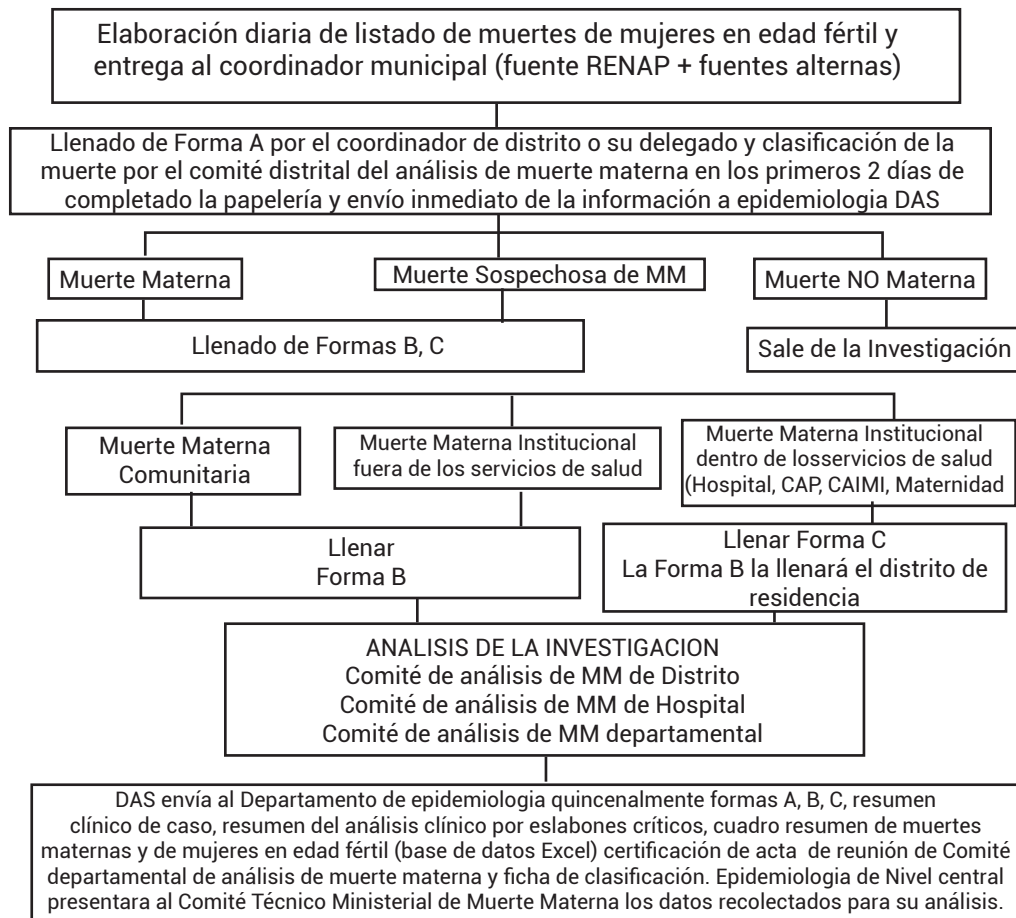
### ***Investigación de muerte de mujeres en edad fértil a nivel institucional (Hospital, CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal) diferente a la DAS de residencia:***

Al ocurrir una muerte materna institucional, el epidemiólogo de hospital/enfermera jefe/médico responsable del caso en la institución, llenará la forma "C", luego la enviará a la DAS de ocurrencia.

La forma A deberá ser llenada por la DAS de ocurrencia y junto con la forma "C" se enviará a la DAS de residencia, quien llenará la forma B para su análisis. Una vez analizado el caso, la unidad notificadora de la DAS de residencia notificará al Departamento de Epidemiología de Nivel central.

**Al identificar una muerte materna o sospechosa de muerte materna que pueda ser considerada médico legal, deberá foliarse el expediente correspondiente, obteniendo fotocopia completa del mismo, antes de que el Ministerio Público proceda a secuestrarlo.**

*Algoritmo de Vigilancia epidemiológica de la muerte en mujeres en edad fértil para identificación de muertes maternas fuera de los servicios de salud.*





### Datos básicos de notificación mensual obligatoria:

- No. de muertes de mujeres entre 10-54 años por grupo de edad quinquenal (10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54 años).
- No. de muertes maternas confirmadas en mujeres entre 10 y 54 años.
- No. de muertes maternas sospechosas en mujeres entre 10 y 54 años.
- No. de muertes no maternas en mujeres entre 10 y 54 años.
- No. de nacidos vivos registrados.

**Estos datos se registran de forma mensual, por grupo de edad, etnia, residencia, ocurrencia, causa y se reportan por localidad, destrito, área y país.**

### 2.6 Indicadores

- Razón de mortalidad maternapor grupo quinquenal de edad (10-54 años).
- Mortalidad Materna proporcional por causa.
- Proporción de muertes maternas evitables.
- Proporción de muertes maternas por demoras.

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	CONSTANTE	NIVEL	FRECUENCIA
<b>Razón de mortalidad materna</b>	No. de muertes maternas directas e indirectas (confirmadas DE)	Nacidos vivos registrados en RENAP	x 100,000	DAS Departamental Nacional	Anual
<b>Razón de mortalidad materna por grupo de edad</b>	No. de muertes maternas directas e indirectas confirmadas por grupo de edad (DE)	Nacidos vivos registrados en RENAP por grupo de edad de las madres	x 100,000	DAS Departamental Nacional	Anual
<b>Mortalidad materna proporcional por causa básica</b>	No. de muertes maternas confirmadas por causa básica	No. total de muertes maternas confirmadas (DE)	x 100	Distrital, DAS y Departamental todas las causas. Nacional causas agrupadas	Mensual y Anual
<b>Proporción de muertes maternas según demora</b>	No. de muertes maternas según demora	Total de muertes maternas	x 100	Distrital, Departamental y Nacional agrupadas	Mensual y Anual
<b>Proporción de muertes maternas según eslabón crítico</b>	No. de muertes maternas según eslabón crítico	Total de muertes maternas	x 100	Distrital, Departamental y Nacional agrupadas	Mensual y Anual



Proporción de muertes maternas por eslabones críticos

**Evaluación del Proceso de la Vigilancia:**

- % de Vigilancia de notificación mensual por área de salud
- % de muertes en mujeres en edad fértil investigadas
- % de muertes maternas investigadas
- % de autopsias verbales maternas completas (formas bien llenadas)

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	CONSTANTE
<b>%Vigilancia de notificación mensual, por área de salud</b>	No. de áreas de salud que notifican	Nacidos vivos Total de áreas de salud que deben notificar	x 100
<b>% de muertes en mujeres en edad fértil investigadas</b>	No. de muertes de MEF investigadas	Total de muertes de MEF reportadas por RENAP y otras fuentes	x 100
<b>% de muertes maternas investigadas</b>	No. de muertes maternas investigadas	Total de muertes maternas	x 100
<b>% de autopsias verbales maternas completas (formas B bien llenadas)</b>	No. de muertes maternas según demora	No. de autopsias verbales de muertes maternas realizadas.	x 100

**Los indicadores se registran de forma mensual, por grupo de edad, etnia, residencia, ocurrencia y causa. Los datos se reportan por localidad, distrito, área y país.**

**2.7 Estructura de los comités de análisis:**

**Comité distrital de análisis de muerte materna:** Integrado por el coordinador municipal de distrito que lo coordina, enfermera profesional de distrito, un representante de los puestos de salud, un representante de los equipos comunitarios de salud (o su equivalente), técnico en salud rural, comadrona o representante, delegado(s) de la sociedad civil. Se reúnen una vez quincenalmente.



**Comité Hospitalario de Análisis de Muerte Materna:** Lo integra el Director del hospital quien coordina, epidemiólogo hospitalario donde exista, epidemiólogo de área de salud, jefe y enfermera del departamento o servicio de Ginecología y obstetricia, otro personal de salud involucrado en la atención de la paciente, químico farmacéutico, gerente administrativo financiero, delegado(s) de la sociedad civil y secretaria. Se reúnen una vez al mes.

**Comité departamental de Análisis de Muerte Materna integrado por:**

• **DAS:**

- Director del área de salud,
- Epidemiólogo que lo coordina,
- Coordinadores de distrito involucrados,
- Enfermera de área y de distritos involucrados,
- Facilitador de salud reproductiva de área,
- Químico farmacéutico,
- Gerente administrativo financiero.

\*Nota: Todas las DAS del Departamento deben participar en el comité.

• **Hospital:**

- Director Ejecutivo,
- Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia,
- Ginecólogo y Obstetra (s) relacionado con el caso,
- Jefe del departamento de Pediatría,
- Peditra (s) que estuvo relacionado en el caso,
- Epidemiólogo,
- Jefe de Enfermeras del Departamento de Ginecología y Obstetricia,
- Enfermeras Jefe de los servicio involucrados en la atención,
- Jefe de Residentes, residentes relacionados con la atención del caso (donde aplique),
- Médicos turnistas relacionados con la atención del caso, Auxiliares de enfermería relacionados con el caso,
- Gerente administrativo financiero si lo amerita,
- Jefe de Farmacia, si lo amerita
- Jefe de Laboratorio, si lo amerita,
- Jefe de Banco de sangre, si lo amerita,
- Médico patólogo.

• **Otros del sector salud:**

- Delegado del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social,

- Delegado de Asociaciones de Ginecología y Pediatría,
- Delegado del Colegio de Médicos,
- Delegado técnicos de la sociedad civil y secretaria,
- Delegado hospitales privados,
- Delegado de la cooperación internacional donde exista,
- Coordinador departamental de salud reproductiva.

***El responsable de la convocatoria a la reunión mensual es el Director del Área de Salud de residencia de la fallecida, quien convocará especialmente a las entidades relacionadas con el caso.***

• **Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna lo integran:**

- Despacho Ministerial que coordina,
- Vice ministerio de Hospitales,
- Vice ministerio Técnico,
- Dirección General del SIAS,
- Gerencia Administrativo Financiera,
- Departamento de Epidemiología
- Programa Nacional de Salud Reproductiva,
- Unidad de atención de salud de pueblos indígenas,
- Unidad de Planificación Estratégica,
- Sistema de Información Gerencial en Salud.

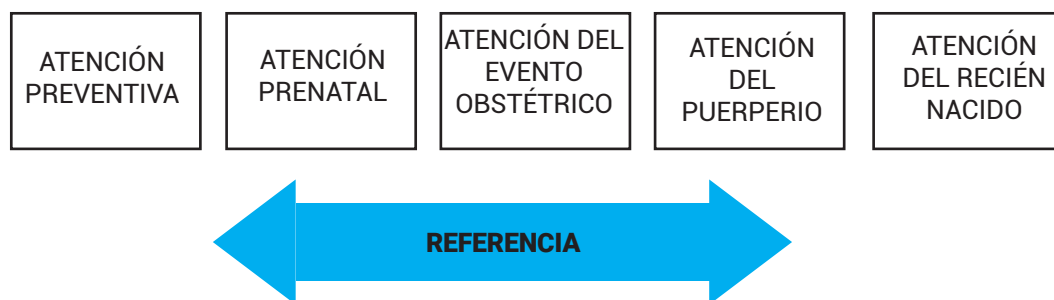
• **El comité NACIONAL de Análisis de Muerte Materna:**

- Integrado por:
- Despacho Ministerial que lo coordina,
- Coordinador del Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna
- USAC,
- IGSS.
- AGOG,
- Cooperación Internacional y nacional,
- Sociedad civil.

### **3. Metodología de análisis de la Mortalidad Materna**

Basados en el expediente completo con partograma, formas A, B, C y resumen de caso, se define si la muerte es Institucional o Comunitaria. Si es institucional se determina si ocurrió en un centro de atención o fuera de él y luego se hace el análisis longitudinal del caso, usando los eslabones del modelo de Atención del MSPAS para atender a la mujer en edad fértil, el embarazo, parto y puerperio según el siguiente esquema:

### ESLABONES DE ATENCIÓN



#### 3.1 Cadena de eslabones de atención para mujer en edad fértil, embarazo, parto, puerperio y recién nacido:

Se determina la causa básica de muerte, el Eslabón Crítico (relacionado directamente con la misma), los Eslabones de Alerta (influyen indirectamente en la muerte), se identifican los componentes del eslabón crítico o de alerta que fallaron, las normas que no se cumplieron en cada eslabón o sus componentes y el porqué del incumplimiento. Tanto en la ocurrencia de muerte dentro de los servicios como fuera de ellos, analizamos los aspectos comunitarios. Si fue comunitaria: se analiza con base a eslabones comunitarios. Se clasifica la muerte materna en directa e indirecta, prevenible o no prevenible y se determinan las demoras. Se hace el plan de mejoras para evitar más muertes por las mismas causas. Se socializan los resultados en los servicios y comités de salud de la comunidad donde murió la madre y se establece el sistema de evaluación y monitoreo para asegurar el cumplimiento de los acuerdos establecidos en el plan de acción. Finalmente, se envía toda la información a DE y Comité Técnico Ministerial de Mortalidad Materna.

#### **Propósito:**

Proporcionar la herramienta para que los Comités de Mortalidad Materna sistematicen y analicen longitudinalmente cada caso.

#### **Objetivo:**

Identificar los eslabones críticos y de alerta que deben ser modificados para evitar futuras muertes maternas mediante la aplicación de un plan de mejora.

#### **Metodología:**

Los comités distritales, hospitalarios y departamentales de análisis de mortalidad mater-

na, deben reunirse quincenalmente para analizar, clasificar, registrar y notificar los casos de muerte materna de acuerdo a los siguientes pasos:

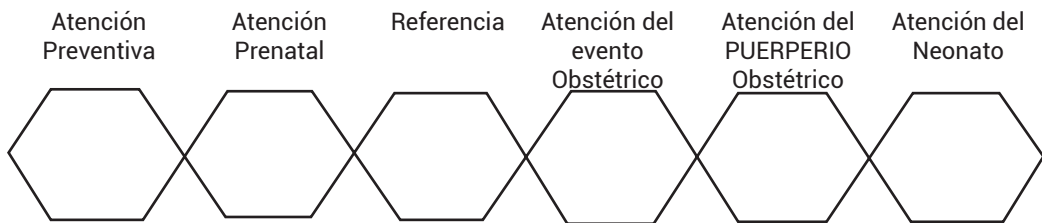
- **Paso 1.** Los comités distrital y hospitalario por separado, harán el análisis y resumen del caso, con base al expediente clínico completo (debe incluir el partograma) de cada unidad donde fue atendida la paciente y las formas A, B y C según corresponda. Entregan información del caso al epidemiólogo de área y en conjunto analizan la información y elaboran una presentación la cual será expuesta en la reunión mensual del comité departamental de análisis de muerte materna.
- **Paso 2.** El jefe de área convoca a la reunión mensual del comité departamental de análisis de mortalidad materna (comités distritales, hospitalarios, otros del sector salud y personal relacionado con los casos de muerte materna notificados).
- **Paso 3.** La reunión quincenal del comité departamental de análisis de mortalidad materna inicia con la revisión del grado de cumplimiento de los acuerdos y planes de mejora planteados en la reunión del mes anterior para los casos analizados en la misma, monitoreando así, el cumplimiento y efectividad del plan propuesto.
- **Paso 4.** El epidemiólogo, los médicos involucrados u otro personal relacionado con la atención de los casos, hacen la presentación, detallando tiempos y momentos de evolución del caso. Se realiza análisis longitudinal de cada caso y el comité confirma o modifica la causa directa, las causas antecedentes, causa básica y causa asociada de muerte.
- **Paso 5.** El comité determina si la muerte fue Institucional o Comunitaria, de acuerdo a las definiciones del protocolo. Si fue Institucional, se establece si fue dentro o fuera de un servicio de salud (domicilio, vía pública o durante el traslado).
- **Paso 6.** Si es muerte institucional: Se analizará a través de los Eslabones de Atención institucionales y de los procesos preventivos comunitarios. Con base a la causa básica de muerte, se identifica el eslabón de atención que falló y que por tanto, se relaciona directamente con esta. Este eslabón se le denomina **ESLABÓN CRÍTICO** y se identifica con color rojo. Además debe identificarse en este esquema, los eslabones que si hubieran funcionado adecuadamente, pudieron evitar factores predisponentes a las complicaciones relacionadas con la causa de muerte. Estos son los **ESLABONES DE ALERTA** y se representan con color amarillo. El eslabón que funcionó adecuadamente se identifica con verde y el eslabón por el cual no transitó la paciente y que por tanto no aplica para análisis se identifica con blanco. Vea el siguiente esquema



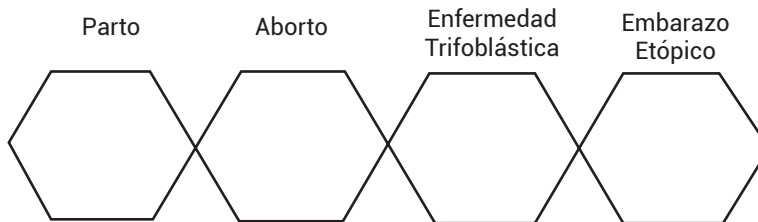


## DETERMINACIÓN DE ESLABÓN CRÍTICO

Libre    
Alerta    
Crítico    
No    
Aplica  



Si el eslabón crítico es la atención del Evento obstétrico, determinamos cual fue el evento específico.



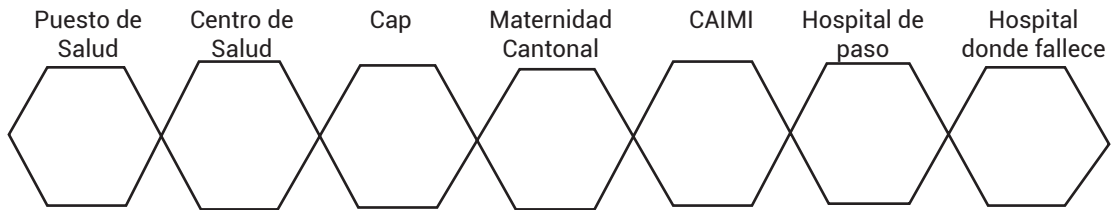
Definido el evento obstétrico, determinamos cual fue la vía de resolución o el tratamiento del mismo. Si en este caso del ejemplo, el evento fue la atención del parto, vemos si fue resuelto vía vaginal o por medio de cesárea y luego analizamos todos los componentes y aspectos relacionados con el evento y su atención.

**Paso 7.** Hacer el análisis de los eslabones tanto CRÍTICO COMO DE ALERTA (usar como guía el anexo: Eslabones de atención y sus componentes) evaluando y determinando en cada uno lo siguiente:

### Lugar donde se produjo el eslabón crítico o de alerta:

Dentro de un Centro de Atención (Centro de Convergencia, Puesto o Centro de salud, CAP, CAIMI, Maternidad Cantonal, Hospital de paso hospital de atención final). Cuando la paciente fue tratada en más de un lugar (Centro de atención) deberá evaluarse cada uno por separado (Hospital de paso u Hospital de atención final (donde falleció la paciente),





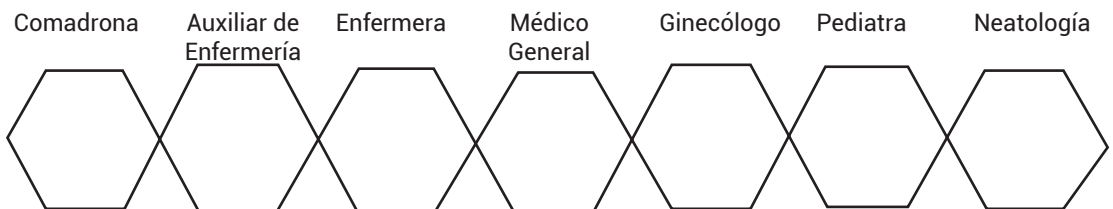
Nombre y ubicación del centro de atención en donde se produjo el eslabón crítico \_\_\_\_\_

El Eslabón de Alerta: \_\_\_\_\_

**a.1 El servicio específico del centro de atención que se está evaluando:**

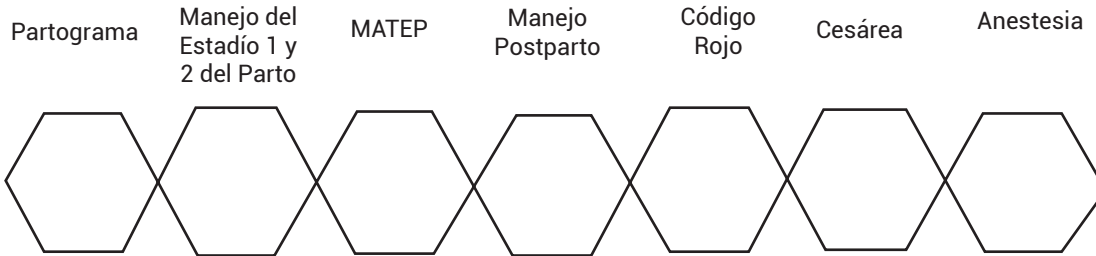


**a.2 El personal responsable de la atención que se está evaluando:**





**a.3 Componente del eslabón que falló:**



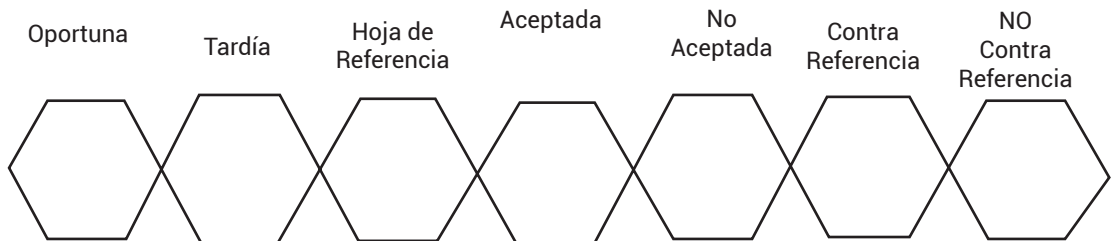
**a.4 Eslabón de Alerta**

Si algunos de los eslabones de atención fueron considerados como de alerta deben analizarse también en todos los aspectos y componentes al igual que se analizó el eslabón crítico. Si la referencia, por ejemplo, fue considerada un Eslabón de Alerta, debe evaluarse además de lo mencionado para eslabones críticos, sus componentes específicos así:

**a.5 Referencia:**

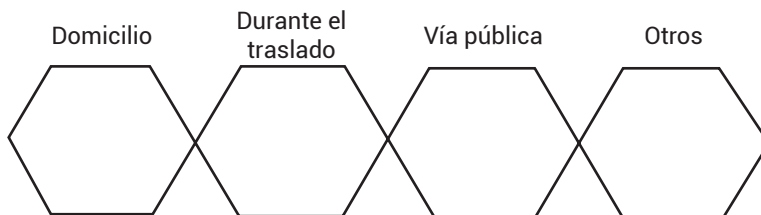
Indicación: \_\_\_\_\_

Estaba indicada: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por Que? \_\_\_\_\_



**b. Fuera de los servicios de salud (casa, vía pública o durante el traslado)**

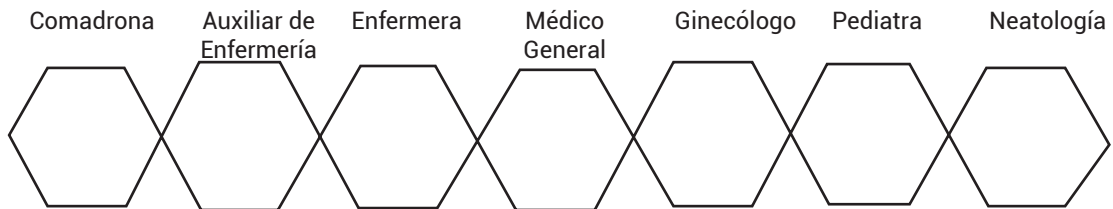
**b.1 Lugar donde se produjo**





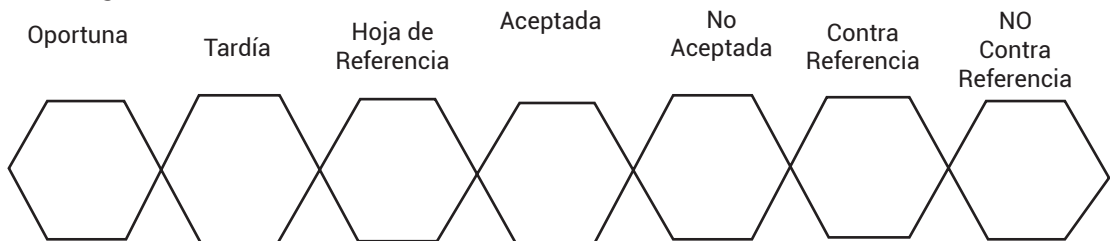
### b.2 ¿Quién atendió a la paciente?

Luego analizamos todos los aspectos y componentes relacionados con la atención fuera de los servicios de salud, que pudieron determinar fallas en dicha atención y que contribuyeron a la muerte materna.

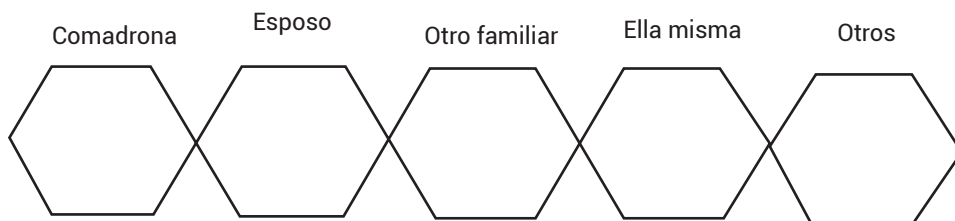


- **Paso 8. Muerte materna Comunitaria:** Se realizará el análisis con base a los eslabones comunitarios de los casos que no tuvieron ningún contacto con los servicios de salud, cuyo detalle puede verse en el inciso 8.2

Si el eslabón crítico comunitario fue por ejemplo, la atención del evento obstétrico del parto, analizamos los componentes que fallaron tanto del Crítico como de los Eslabones de Alerta. En el ejemplo anterior uno de los primero componentes para analizar sería quien fue la persona encargada de atender a la paciente durante el parto. Ver el siguiente



### ¿Quién atendió el parto?



De esta forma se continúa evaluando los componentes del eslabón crítico como de Alerta utilizando como guía los componentes de los eslabones que se encuentran en el anexo 1.

- **Paso 9. Clasificación de Muerte Materna:** Directa e indirecta. Prevenible, potencialmente prevenible, no prevenible. Determinar las demoras relacionadas a la muerte (I, II, III, IV) y eslabones críticos (ver anexo de Eslabones de Atención Comunitaria)
- **Paso 10.** Analizar la mortalidad Perinatal y neonatal, consultar protocolo de vigilancia de la mortalidad Perinatal, Neonatal, Infantil y de la Niñez.
- **Paso 11.** Elaborar plan de mejoras (ver anexos): Con la identificación precisa de los eslabones crítico y de alerta, la determinación de los componentes del eslabón que fallaron en la atención, las normas de atención no cumplidas, la evitabilidad de la muerte, la clasificación de la muerte en directa e indirecta y la determinación de las demoras, se elabora el plan de Mejoras para evitar otra muerte materna en condiciones similares. En el plan se define: las actividades a realizar, el lugar, el tiempo y el responsable.
- **Paso 12. Socializar la información:** El plan de acción se entrega al finalizar la reunión del comité departamental de análisis de muerte materna a los responsables de los servicios de salud involucrados con la muerte materna, tanto por residencia como por ocurrencia a los encargados de los programas preventivos comunitarios, para que lo implementen.
- **Paso 13.**
  - **Implementación, Monitoreo y evaluación del plan de mejora propuesto:**
    - **Implementación:** Los establecimientos involucrados en el caso de muerte materna deberán operativizar el plan de mejora propuesto.
    - **Monitoreo de cumplimiento del plan de mejora:** El Director de Área de Salud será el responsable del cumplimiento del plan, nombrando a supervisores específicos para el monitoreo de cumplimiento del mismo. El comité técnico ministerial de muerte materna tiene la facultad de solicitar informes escritos sobre el cumplimiento de los planes de mejora propuestos.
    - **Evaluación:** Se hará con periodicidad mensual por el comité de análisis de muerte materna departamental, en reunión siguiente a la implementación del plan.

- **Paso 14. Análisis Trimestral de los eslabones críticos del conjunto de muertes:** Para visualizar los eslabones que fallan con más frecuencia en la red de servicios de salud, se consolidan en un esquema los eslabones identificados previamente en los análisis de casos de muerte materna, esto también permite facilitar su comprensión para cualquier trabajador técnico, profesional o de gerencia involucrado en el proceso. Las muertes maternas deben analizarse en su conjunto en hospitales, distritos de salud y áreas de salud con el propósito de definir las estrategias de mejora
- **Paso 15. Registro y notificación del caso:** Las áreas de salud enviarán quincenalmente electrónicamente al Departamento de Epidemiología la base de datos completa de muerte materna en formato Excel, la ficha de clasificación de caso confirmado de muerte materna y las formas A, B, C y certificación del acta de la reunión de análisis de muerte materna. Epidemiología construye mensualmente sala situacional que será presentada al Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna quien trasladará esta información al despacho ministerial para oficializarla y difundirla.

La DAS llena el resumen del análisis por eslabones críticos y junto con el resumen clínico del caso lo enviará al Coordinador del Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna. El comité Técnico Ministerial invitará periódicamente a una Dirección de Área de Salud a presentar su casuística de mortalidad materna y/o casos especiales para monitorear la calidad del análisis de la información. El Comité técnico Ministerial presentará periódicamente la información de mortalidad Materna a la comisión multisectorial para la maternidad saludable (CMPMS).





## METODOLOGIA DE ANÁLISIS DE MUERTE MATERNA

Comité Distrital, Hospitalario y Departamental  
Recopilación e integración de información, Resumen y análisis del caso.  
Elaborar presentación de casos con Epidemiólogo de la DAS

### Comité Departamental de Análisis de Muerte Materna Reunión quincenal

Revisión de acuerdos y plan de Mejora de la reunión anterior

Presentación y análisis longitudinal del caso

Determinar causas de muerte según CIE10

Análisis de caso con metodología de eslabones citricos

Epidemiología  
Consolida y analiza la información.

Presenta Sala Situacional a Comité Técnico Ministerial de MM

Comité Técnico Ministerial de Mortalidad Materna  
Analizar la situación de la Mortalidad Materna. Plantea estrategias de mejora  
Convoca a DAS para presentación de casuística de Mortalidad Materna

Presenta Información al Despacho

Despacho Ministerial  
Oficializa la información  
Revisión de acuerdos y plan de Mejora de la reunión anterior  
Presentación y análisis longitudinal del caso  
Determinar causas de muerte según CIE10  
Análisis de caso con metodología de eslabones críticos

### 3.2 Eslabones de atención y sus componentes:

#### **Eslabones de atención Institucional:**

Con base a las normas de atención vigentes el análisis de los casos de Muerte Materna debe realizarse utilizando los siguientes eslabones de atención.

#### **Eslabón de Atención Preventiva:**

Los componentes de este eslabón son los programas preventivos: Acciones que se realizan para disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad materna por lo que el no cumplimiento de las mismas puede convertir este eslabón en crítico.

#### **Las acciones preventivas de este eslabón de atención son:**

- Realizar Censo de Mujeres en edad fértil (10 a 54 años de edad).
- Establecer la Prevalencia de mujeres con Planificación familiar.
- Elaborar censo y listado de embarazadas, incluyendo fecha probable de parto.
- Detectar y referir oportunamente a la embarazada para su atención adecuada.
- Elaborar Plan de Emergencia Familiar y Comunitario, y Plan de Parto.

#### **Eslabón de Atención Prenatal:**

Entre sus componentes están:

- Llenado de ficha de vigilancia de la embarazada.
- Cuatro controles prenatales como mínimo de acuerdo a la norma.
- Detección oportuna de señales de peligro, manejo inicial de complicaciones.
- Referencia oportuna.
- Esquema completo de vacunación.
- Determinación de plan de parto.
- Suplementarían con micronutrientes acorde a normas establecidas.
- Consejería en: Orientación sobre embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, planificación.
- Familiar y prueba de VIH.

#### **Eslabón de Atención de Evento Obstétrico:**

Cuatro componentes:

- **Atención del Parto Vaginal o Cesárea:** Pudo resolverse vía vaginal o por medio de cesárea. Definida la forma de resolución, analizamos los componentes relacionados con éste eslabón y su tratamiento. Entre otros componentes tenemos:

Partograma.

Manejo de Estadio 1 y 2. Detección de complicaciones y tratamiento adecuado del primer y segundo estadio o período del parto.

MATEP.

Manejo Postparto, detección y tratamiento de complicaciones postparto inmediato.

Cesárea, indicación, oportunidad, técnica y complicaciones.

Anestesia.

Activación y manejo de código rojo.

Insumos.

Recurso humano.

• **Atención del Aborto:** AMEU, Legrado uterino o Histerotomía.

Entre los componentes a analizar están:

Diagnóstico.

Tratamiento utilizado AMEU. Legrado uterino o histerectomía.

Anestesia.

Manejo de hemorragia y/o código rojo.

Orientación sobre planificación familiar post evento obstétrico.

• **Atención del Embarazo Ectópico:**

Diagnóstico oportuno.

Tratamiento oportuno.

Tipo de tratamiento: Exploración pélvica, video laparoscopia, colposcopia posterior, histerectomía, quimioterapia.

Indicación técnica. Complicaciones del tratamiento.

Manejo de Shock/Código Rojo.

Anestesia.

• **Atención de la Enfermedad trofoblástica:**

Componentes:

Diagnóstico.

Tratamiento: AMEU, legrado. Vaciamiento por succión, Legrado uterino, Histerotomía o Histerectomía.

Anestesia.

Manejo de hemorragia/Código Rojo.

Manejo de complicaciones.

Seguimiento.

### **Eslabón de Atención del Puerperio:**

- El puerperio se divide en:
  - Inmediato (primeras 24 horas).
  - Mediato (más de 24 horas a 7 días).
  - Tardío (8 a 42 días).
- Tiene dos componentes de atención:
  - Dentro de los servicios:
    - Cuidados propios del puerperio
    - Detección de señales de peligro
    - Orientación sobre: planificación familiar, Lactancia materna, Cuidados del Recién nacido y señales de peligro.
    - Entrega de micronutrientes.
  - Fuera de los servicios (en la comunidad):**
    - Con los siguientes componentes:
      - La visita domiciliar oportuna:** Debe hacerse de ser posible en las primeras 24 horas y hasta 8 días después, realizando:
        - Evaluación del estado general de la paciente.
        - Identificación de señales de peligro.
        - Determinación de la necesidad de referencia en caso de detectar una o más señales de peligro.
        - Orientación sobre señales de peligro y establecer plan de emergencia.
        - Orientación sobre lactancia materna, cuidados del recién nacido y planificación.
        - Familiar post evento obstétrico.
        - Entrega de micronutrientes.

### **Señales de peligro en el puerperio:**

- Hemorragia vaginal.
- Palidez.
- Mareos y debilidad.
- Ictericia.
- Dolor o inflamación perineal.
- Fiebre.
- Loquios fétidos.
- Dolor abdominal.
- Hipertensión: Presión Arterial de 140/90 o más.

- Cefalea intensa.
- Visión borrosa.
- Convulsiones.
- Dolor o inflamación mamaria.
- Dolor o inflamación de piernas.
- Dolor o inflamación de herida operatoria.

### **Eslabón de Atención del Neonato:**

Analizar la Mortalidad Perinatal y Neonatal con base al protocolo de vigilancia de Muerte Neonatal, Perinatal, utilizando el análisis con la herramienta de detección de eslabones críticos, se plantea realizar un ejercicio de análisis inicial a la mortalidad peri-neonatal como parte del estudio que debe realizar los Comités de Análisis de Muerte Materna, utilizando los recursos y datos ya recopilados obtenidos a través de los datos obtenidos del protocolo de vigilancia de Muerte Materna y extender así el análisis al ámbito peri-neonatal de dichos casos, buscando sensibilizar a los personajes claves e integrantes de estos Comités de Análisis a la integración de medidas preventivas dirigidas no solamente a la madre sino al binomio madre-neonato.

### **Eslabón de Referencia:**

La referencia fue: Oportuna Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Tardía: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se hizo hoja de referencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Fue aceptada: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se hizo contra-referencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Si hubo traslado de la paciente, se hizo en condiciones adecuadas?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Indicación del traslado \_\_\_\_\_

Estuvo bien indicado el traslado: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

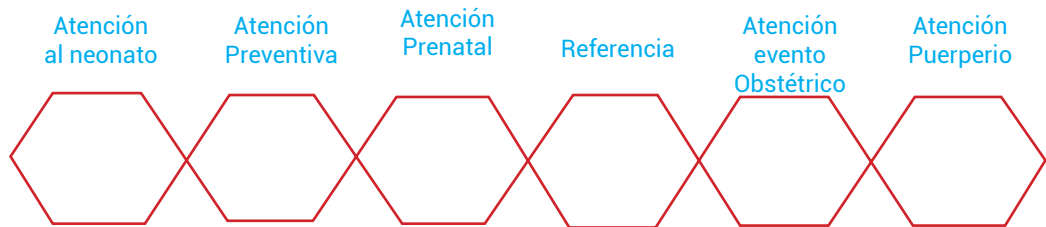
- Es importante analizar como parte de los componentes de todos los eslabones de atención la disposición de insumos, recursos humanos, los aspectos administrativos y/o gerenciales

## Muerte Institucional

### Eslabón crítico

Libre    
 Alerta    
 Crítico    
 No    
 Aplica

Colocar el color que corresponda según el análisis de cada eslabón



#### • Eslabones de Atención Comunitaria

**Análisis de Muerte Materna comunitaria:** Si la fallecida corresponde a un caso de muerte materna comunitaria (paciente que no tuvo ningún contacto con los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio) se utilizará la metodología de análisis de Eslabones Críticos Comunitarios que permiten además determinar las demoras comunitarias en la atención. Los eslabones son los siguientes:

• **Eslabón de no integración a los servicios de salud:** En este análisis se trata de determinar los aspectos que inciden en que una embarazada no busque atención en los servicios de salud disponibles. Los componentes a evaluar con respecto a la atención en los servicios de salud son:

- No permiten acompañamiento de la familia.
- Atención por personal masculino.
- No permitir el acompañamiento de la comadrona.
- Trato inadecuado de parte del personal del servicio de salud.
- Dificil acceso por distancia.
- Dificil acceso cultural (idioma o costumbres).
- No entregan la placenta.
- Antecedentes de mala atención en la comunidad.
- Problemas personales con el encargado o responsable del servicio de salud.
- Cualquier otro identificado en la investigación.





- **Eslabón de atención Preventiva:** Los componentes a evaluar son:
  - La comadrona de la comunidad da orientación o recomienda métodos de planificación familiar.
  - La comadrona recomienda vitaminas o ácido fólico a las mujeres en edad fértil.
  - La comadrona recomienda la vacunación de embarazadas y mujeres en edad fértil.
  - Se realizó un plan de parto y/o de emergencia con la comadrona, la familia o la comunidad.
  
- **Eslabón de atención prenatal:** Los componentes para la evaluación de este están relacionados con la atención de la comadrona y son:
  - Tuvo control prenatal.
  - Cuantos controles tuvo.
  - Le recomendó vitaminas prenatales.
  - La orientó sobre un plan de emergencia o plan de parto para el momento del mismo o de alguna complicación.
  - Le explicó sobre señales de peligro durante el embarazo, el parto o el puerperio.
  - La orientó sobre lactancia materna.
  - La orientó y habló sobre la necesidad de ir a un servicio de salud en caso de alguna complicación.
  - Tuvo hemorragia vaginal, fiebre, dolores de cabeza, dolor abdominal o cualquier otra señal de peligro durante el embarazo.
  
- **Eslabón de reconocimiento y solución ante señales de peligro:**

En esta parte iniciamos el análisis de las demoras en la atención obstétrica:

  - **Primera Demora:** Se produce por “el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de las señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de sus hijos durante el embarazo, parto, puerperio”.
  
  - **Segunda Demora:** Se produce cuando, “aunque la mujer reconozca las señales de peligro, pero por su situación (cultura, tradiciones u otros) dentro de la familia o comunidad no se le permite asumir su derecho de tomar decisiones para pedir o buscar ayuda en su atención, y esta decisión debe ser tomada por la pareja o algún familiar cercano (por ejemplo padres, suegros, comadrona)”.
  
  - **Tercera Demora:** Son las “limitantes que existen por la falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud” Hay que determinar si existe coordinación intersectorial y comunitaria para garantizar

la existencia de vías de acceso de la comunidad al servicio de salud de referencia. El acceso puede ser distancia, caminos dificultosos, cierre de calles y otros. Así mismo en cada comunidad debería garantizarse la disponibilidad del transporte en el momento que ocurra la necesidad de trasladar a la paciente. El responsable de garantizar el transporte será cualquier integrante de la familia de la paciente y/o la comisión de salud comunitaria. Deberá investigarse por ejemplo si lo crítico del transporte fue la disponibilidad del mismo o el dinero para pagarlo.

- **IMPORTANTE:** Para el análisis de muerte comunitaria, sólo aplican las tres demoras descritas anteriormente, preguntándonos si:

- » ¿La paciente, familia o la comadrona reconoció señales de peligro?
- » ¿La paciente reconoció que necesitaba ayuda ante la señales de peligro y la solicitó?
- » ¿Le fue brindada esta ayuda?
- » ¿Existen vías de comunicación, transporte y recursos para trasladar a la paciente?

En el análisis de muerte institucional, se determinan además de las tres descritas anteriormente la cuarta que se define a continuación:

- **Cuarta Demora:** Se refiere a la producida por “una atención institucional deficiente e inoportuna debida a diferentes causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado.

- **Eslabón de Referencia:** Se determinara lo siguiente:
  - ¿La comadrona recomendó trasladar a la paciente?
  - ¿La recomendación del traslado fue antes de que la paciente se agravará?
  - ¿La referencia no fue aceptada por la paciente, familia o alguna otra persona?

Es importante indicar que la referencia de la paciente en cualquier momento del embarazo deberá realizarse cuando presente alguna señal de peligro. La referencia podrá realizarla cualquiera de las siguientes personas: Médico Ambulatorio, comadrona, personal de salud o comité de salud comunitario.

- **Eslabón de Atención del evento obstétrico:** En este caso un evento obstétrico puede ser:



### **Atención de aborto**

- o ¿Le realizaron algún procedimiento y maniobra antes de que iniciará la hemorragia?
- o ¿Quién la atendió en el momento del aborto?
- o ¿Le pusieron algún medicamento antes o después del aborto?
- o ¿La persona que la atendió le recomendó ir a un centro de atención de salud?
- o ¿Por qué no fue a un centro de atención ante la complicación?
- o ¿Cuántos días tuvo la hemorragia?

### **Atención del Parto:** Los componentes son:

- o ¿Quién atendió el parto?
  - o Duración del parto, duración del período de dilatación, duración del período de expulsión (cuánto tiempo pujo)
  - o Condiciones de atención: Tenían equipo para la atención del parto en forma limpia y segura
  - o Cumplió con las tres L: Limpieza de manos; Limpia tela debajo de los glúteos de la paciente, o uso de bolsa plástica limpia; Limpio equipo para cortar y ligar cordón.
  - o Uso de medicinas durante el parto: Le dieron alguna medicina (tradicional o no tradicional) o se frotó con alguna planta o sustancia durante el parto.
  - o Alumbramiento: La placenta salió completa y fácilmente. Le hicieron masaje uterino después del alumbramiento. Le inyectaron oxitocina después o durante el alumbramiento.
  - o Complicaciones del parto: Hemorragia durante la dilatación, la expulsión o post alumbramiento
  - o Se contrajo el útero después del alumbramiento. Tuvo rasgadura durante el parto.
  - o La persona que atendió el parto reconoció señales de peligro
- **Eslabón de atención del puerperio o del post evento obstétrico:**
- ¿Tuvo visita de control a las 24 horas post parto?
  - ¿La comadrona la orientó sobre la lactancia?
  - ¿La comadrona evaluó a la paciente en busca de señales de peligro?
  - ¿La comadrona proporcionó recomendaciones sobre higiene?
  - ¿La comadrona orientó sobre señales de peligro y que hacer en caso de tenerlas?
  - ¿Se reconocieron las señales de peligro?
  - ¿Tuvo visita de control a la semana después del parto?

- **Eslabón de atención del neonato:** Este eslabón tiene varios componentes que están relacionados a la respuesta vital inmediata del neonato y con la prevención de complicaciones respiratorias infecciosas y de problemas nutricionales (ver Protocolo de mortalidad perinatal y neonatal tardía)

## 4. Anexos

### FORMA A

#### PROTOCOLO VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA REPÚBLICA DE GUATEMALA

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO PARA TODO FALLECIMIENTO REGISTRADO DE UNA MUJER ENTRE 10 A 54 AÑOS DE EDAD.

Número de defunción: \_\_\_\_\_ Área de Salud: \_\_\_\_\_

Servicio de salud \_\_\_\_\_

Día, mes y año de registro: 

--	--	--	--	--	--	--	--

**Instrucciones:** Escriba o marque con una X en el espacio correspondiente para cada ítem

No.	Ítem	Descripción		
<b>I. DATOS GENERALES</b>				
1.	Nombres			
2.	Apellidos			
3.	Edad en el momento de la defunción	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Desconocido		
4.	Estado civil en el momento de la defunción	1. Soltera 2. Casada 3. Unida 4. Viuda 5. Divorciada 9. Desconocido		



5.	Etnia de la difunta	1. Indígena 2. No indígena 9. Desconocido												
6.	Ocupación, Profesión u oficio de la difunta													
7.	Escolaridad	1. Ninguno 2. Primaria 3. Básico 4. Diversificado 5. Universitario 9. Desconocido												
8.	Dirección de la fallecida													
9.	Municipio de residencia													
		<input type="text"/> <input type="text"/> Código del Municipio												
10.	Departamento de residencia													
		Código del departamento												
11.	Nombres y apellidos del padre de la fallecida													
12.	Nombres y Apellidos de la madre de la fallecida													
<b>II. DATOS GENERALES DE LA DEFUNCION</b>														
13.	Fecha de defunción	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 colspan="2" style="text-align: center;">DÍA</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MES</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>							DÍA		MES		AÑO	
DÍA		MES		AÑO										
14.	Hora de defunción am pm													
15.	Dirección de defunción													
16.	Municipio de defunción:													
		Código del municipio <input type="text"/> <input type="text"/>												
17.	Departamento de defunción:													
		Código del departamento <input type="text"/> <input type="text"/>												
18.	Sitio de la muerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Hospital público</li> <li>*Hospital Privado:</li> <li>*Centro de salud:</li> <li>*Seguro Social</li> <li>*Vía pública</li> <li>*Domicilio</li> <li>*Desconocido</li> </ul>												
19.	Asistencia recibida	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Médico</li> <li>*Paramédico</li> <li>*Comadrona</li> <li>*Empírico</li> <li>*Ninguno</li> </ul>												

20	Quién certifica la muerte	*Médico *Paramédico *Autoridad
	Causa de muerte	
	Directa (A)	
	Antecedente B)	
21	Antecedente (C)	
	Básica (D)	
	Asociada	
22	¿Estaba embarazada o en el puerperio en el momento que falleció?	Si_____ No_____ Desconocido
23	Si es si, indique semanas de gestación	
25	Se realizó procedimiento quirúrgico	Si___ No___ Donde_____
26.	Momento de la muerte	1. Antes de la terminación del embarazo_____ 2. Dentro de las 48 horas después del parto o aborto 3. Después de 48 horas y dentro de 42 días después del parto o aborto 4. Dentro de 42 días y antes de los 12 meses después del parto o aborto
27	Se realizó necropsia	Si___ No:___ Donde_____
28	Clasificación de la muerte	Muerte No Materna <input type="checkbox"/> Muerte Materna sospechosa <input type="checkbox"/> Muerte Materna <input type="checkbox"/>

**Nombre firma y cargo de la persona que llena el formulario**



## FORMA B

### PROTOCOLO VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA

**Este formulario deberá ser llenado con base a la entrevista realizada en el domicilio de todas las mujeres de 10 a 54 años de edad fallecidas que se hayan identificado en el Formulario "A" como muertes maternas o sospechosas de muerte materna.**

NÚMERO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

**Día, mes y año de registro:**

Estimado señor(a), buen día. Vengo de parte del Ministerio de Salud Pública. La razón de mi presencia el día de hoy es porque siempre visitamos a los familiares o conocidos(as) de todas aquellas señoras o señoritas entre 10 a 54 años de edad que murieron en los últimos días. Nos interesa determinar las causas por las cuales fallecieron estas personas. Se nos ha informado que murió la señora-señorita \_\_\_\_\_ que vivía en esta casa. Por esta razón, solicito su colaboración para que responda algunas preguntas acerca de la persona que murió y todo lo que pasó alrededor de su muerte. La información que usted nos proporcione es importante para prevenir futuras muertes maternas. Muchas gracias.

**INSTRUCCIONES: Escriba, subraye o marque con una X la respuesta correspondiente a cada ítem**

<i>Sección A. Datos Generales</i>		
<i>Para iniciar, le haré algunas preguntas acerca de la señora-señorita _____ y de su relación con ella. Le solicito que responda lo mejor que pueda. Si hay alguna pregunta a la cual usted no conoce la respuesta, por favor dígamelo.</i>		
No.	PREGUNTA	RESPUESTA
1.	Nombres de la fallecida	
2.	Apellidos de la fallecida	
3.	¿Cuál es su relación con la fallecida?	1. Madre / padre 2. Suegro / suegra 3. Esposo / pareja 4. Hija / hijo 5. Cornadrona 6. Hermano / hermana 7. Amiga / amigo 8. Otro familiar 9. No hay parentesco
4.	Nombre de la persona entrevistada	
5.	¿Cuántos años tenía la fallecida en el momento de la defunción?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años cumplidos
6.	¿Cuál era el estado civil de la fallecida al momento de su muerte?	1. Soltera 2. Casada 3. Unida 4. Viuda 5. Divorciada 6. No sabe/ No responde



No.	PREGUNTA	RESPUESTA
7.	¿A qué pueblo pertenecía la fallecida?	1. Mestizo 2. Maya 3. Garifuna 4. Xinca 5. Otros 6. No sabe/ No responde
8.	¿Ocupación, profesión u oficio de la fallecida?	
9.	¿La señora/señorita se desempeñaba en un trabajo por el cual recibía un pago?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde <input type="checkbox"/>
10.	¿La señora/señorita sabía leer y escribir?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde <input type="checkbox"/>
11.	¿Cuál fue el último nivel de escolaridad cursado?	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitario 5. No sabe / No responde
12.	¿Tenía esposo?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No (pase a la Pregunta No. 17) <input type="checkbox"/>
13.	Ocupación del esposo:	
14.	¿Recibe un salario (pago) por desempeñar su trabajo?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde <input type="checkbox"/>
15.	¿El esposo sabe leer y escribir?	1. Si 2. No (pase a la pregunta No. 17) 3. No sabe / No responde Pase a pregunta No. 17
16.	¿Qué nivel de escolaridad tiene?	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitario 5. No sabe / No responde
17.	Cuándo falleció la señora o señorita ¿estaba embarazada y aun sin trabajo de parto?	1. Si <input type="checkbox"/> Pase a la sección B 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde – Pase a Sección B
18.	Cuándo falleció la señora ¿estaba en trabajo de parto?	1. Si <input type="checkbox"/> Pase a la sección B 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde – Pase a Sección B
19.	¿Qué fue lo que tuvo la señora?	1. Aborto 2. Una Mola 3. Parto normal 4. Cesárea 5. Operación por tener embarazo fuera del Utero. 6. No sabe / No responde



No.	PREGUNTA	RESPUESTA
20.	¿En donde le atendieron este evento o situación (Aborto, Mola, Parto, Cesárea u operación) a la señora?	<b>1. En Servicio de salud. Especifique:</b> a. Hospital público b. Hospital privado c. CAIMI d. Maternidad cantonal e. Centro de atención de 24 horas CAP f. Centro de salud g. Puesto de salud <b>2. En domicilio</b> <b>3. En tránsito</b> <b>4. Vía pública</b> <b>5. Otro</b> <b>6. No sabe / no responde</b>
21.	Si la paciente tuvo su parto fuera de los servicios de salud: ¿sabe si había equipo de parto limpio para la atención del mismo?	1. Si 2. No 3. No sabe
22.	¿Quién atendió el parto de la señora?	1. Ella misma 2. El esposo 3. Comadrona 4. Auxiliar de Enfermería 5. Enfermera 6. Médico general 7. Ginecólogo 8. Otro _____ 9. No sabe / no contesta
23.	¿Cual fue el resultado del parto?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           1. Neonato muerto:                a. Anteparto                b. Intraparto            2. Neonato vivo            3. Neonato vivo, que murió durante los primeros 7 días de vida            4. Neonato vivo que murió entre los 8 a 28 días            5. Desconocido         </div>
24.	Si el parto fue comunitario, al momento del nacimiento: ¿la comadrona o la persona que atendió, limpió, secó totalmente al niño y se lo puso a la madre envuelto en un paño limpio y seco?	1. Si 2. No 3. No sabe o no contesta
25.	¿Si el niño no lloró o respiró pronto, la persona que lo atendía lo estimuló masajeándole la espalda sobre la columna, de arriba abajo y/o le dio respiración boca a boca con barrera o con la mascarilla especial?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
26.	¿Quién atendió el parto, esperó que el cordón dejara de pulsar antes de pinzarlo y cortarlo?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
27.	¿En el parto comunitario, la comadrona o la persona que atendió le puso el niño en el pecho a la señora y lo cubrió?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
28.	¿El niño fue puesto a mamar dentro de la primera hora después del nacimiento?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
29.	La persona que atendió el parto en la comunidad, limpió el cordón umbilical y la piel cerca de la base del mismo con un antiséptico como el alcohol, el agua oxigenada u otro	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde



No.	PREGUNTA	RESPUESTA
30.	¿Cuánto tiempo después del nacimiento se le bañó al neonato?	1. Inmediatamente después del parto 2. Hasta 6 horas después 3. Hasta 24 horas después 4. No sabe/ no responde
31.	¿La comadrona o persona que atendió el parto, recomendó llevar a control al neonato a un centro de atención a las 24 horas o por lo menos antes de las 72 horas?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
32.	¿Quién atendió el aborto a la señora?	1. Comadrona 2. Auxiliar de enfermería 3. Enfermera 4. Médico general 5. Ginecólogo 6. Otro _____ 7. No sabe / no responde
33.	¿Le efectuaron algún procedimiento, maniobra o le aplicaron o inyectaron alguna medicina antes de que la señora iniciara la hemorragia de aborto?	1. Si. ¿Cual? _____ 2. No. 3. No sabe / no responde
34.	¿El fallecimiento ocurrió después del parto, cesárea o aborto?	1. Si <input type="checkbox"/> Pase a la sección B * Durante las primeras 2 horas <input type="checkbox"/> * Entre 2 horas y 24 horas postparto <input type="checkbox"/> * Después de 24 horas a 7 días postparto <input type="checkbox"/> * De 8 días a 42 días postparto <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe / No responde – Pase a Sección B
35.	¿El fallecimiento ocurrió después de los 42 días del parto, cesárea o aborto, pero antes de un año?	1. Si <input type="checkbox"/> Pase a la sección B 2. No <input type="checkbox"/>
36.	Después de un parto comunitario, durante el puerperio la señora fue evaluada y durante esta evaluación:	¿Le examinaron en busca de señales de peligro?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Le orientaron sobre lactancia?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Le explicaron las señales de peligro?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Le hicieron visita domiciliar a las 24 o 48 horas?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Le dieron recomendaciones de Higiene?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si el entrevistado respondió "No" a la pregunta 17, 18, 19 y 20 no debe pasar a la sección "B" suspenda la entrevista y lea el siguiente texto al entrevistado: Agradezco mucho su colaboración en responder a nuestras preguntas. Ya no es necesario continuar con la entrevista. Le deseo que tenga muy buen día.		
<b>Sección B. ANTECEDENTES DE LA SEÑORA</b> <b>A continuación le haré algunas preguntas acerca de los antecedentes de la señora, tal como el número de hijos que tuvo y acerca de sus partos.</b>		
37.	¿Cuántos embarazos tuvo, contando el último?	<input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde





No.	PREGUNTA	RESPUESTA
38.	De este total de embarazos, ¿Cuántas pérdidas (abortos) tuvo?	<input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde
39.	De este total de embarazos, ¿cuántos partos vaginales tuvo?	<input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde
40.	De este total de embarazos, ¿Cuántos partos se resolvieron por cesárea?	<input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde
<b>Ahora le haré algunas preguntas acerca del último embarazo de la señora.</b>		
41.	¿Sabe usted cual fue la fecha de la última menstruación de la señora y/o cuantas semanas o cuantos meses tenía de embarazo?	Fecha de última regla: _____ Semanas de embarazo: _____ Meses de embarazo: _____
42.	¿Sabe si la señora fue censada o la pusieron en una lista de embarazadas, de parte del centro de atención de salud de la comunidad o del municipio?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
43.	¿Sabe si a la señora le llenaron una ficha de vigilancia de la embarazada en el centro de convergencia, centro de salud, CAIMI, CAP o el Hospital?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
44.	¿La señora llevó control prenatal en este último embarazo?	1. Si 2. No - Pase a pregunta 49 3. No sabe / No responde
45.	¿Quién realizó los controles prenatales?	1. Médico 2. Enfermero/a 3. Otro personal de salud 4. Comadrona 5. Otro personal comunitario 6. No sabe / No responde
46.	¿En donde se realizó el control prenatal?	_____
47.	¿Cuántos controles prenatales tuvo?	1 2 3 4 Más de 4.
48.	Si el control prenatal lo tuvo con comadrona. ¿Ella le dio vitaminas o hierro ?	1. Si 2. No 3. No sabe / no responde
49.	¿Porque no tuvo control prenatal?	1. No sabía que debería controlarse 2. No hay servicio de salud accesible 3. Ha sido mal atendida en el servicio de salud 4. No acepta la atención de Salud Pública 5. No sabe/No responde
50.	¿Podría por favor indicarme cuántos hijos vivos dejó la fallecida, incluido el neonato?	1. Número de hijos(as) <input type="text"/> <input type="text"/> 2. No sabe / No responde



**Sección C. EVENTOS ASOCIADOS AL FALLECIMIENTO**

**A continuación le haré algunas preguntas acerca del fallecimiento de la señora. Le ruego responder lo mejor posible. Si no recuerda algo, por favor indíquelo.**

No.	PREGUNTA	RESPUESTA
51.	¿Podría por favor indicarme en donde estaba la señora cuando falleció? Y si es un servicio de salud, favor de indicarme el nombre	<b>1. Servicio de salud. especifique:</b> a. Hospital publico * b. Hospital privado * c. CAIMI d. Maternidad cantonal e. Centros de Atención de 24 horas f. Centro de Salud g. Puesto de Salud <b>2. Domicilio (en casa)</b> <b>3. En tránsito</b> <b>4. Vía pública</b> <b>5. Otro</b> <b>6. No sabe / No responde</b> * Especifique nombre del servicio de salud: _____
52.	¿Quién atendió a la señora durante la muerte? (marque todos los que aplican)	1. Médico 2. Enfermera 3. Comadrona 4. Otro personal de salud: _____ 5. Otro (no personal de salud): _____ 6. Nadie 7. No sabe o no responde
53.	¿La señora fue llevada a un servicio de salud antes de morir y fue recibida?	1. Si y fue recibida 2. Si y no fue recibida Nombre del servicio: _____ 1. No 2. No sabe o no responde

**I. HEMORRAGIA**

1	¿La señora presentó hemorragia (o sangrado) vaginal fuera de lo normal o que pudo haberle causado la muerte?	1. Si _____ 2. No _____ pase a Sección II (Fiebre) 3. No sabe/no responde
2	¿Quién atendió primero a la señora durante la hemorragia?	1. Médico 2. Comadrona 3. Enfermero/a 4. Otro personal de salud _____ 5. Otro (no personal de salud) _____ 6. Nadie 7. No sabe/ No responde
3	¿Podría contarme como era el sangrado?	1. Muy Roja 2. Negra 3. Con coágulos 4. Otros _____ 5. No sabe / No responde
4	El sangrado mojó: (marque todos las que aplican):	1. La ropa de la fallecida 2. La ropa de cama 3. El suelo del cuarto 4. Todas las anteriores 5. No sabe / No responde





No.	PREGUNTA	RESPUESTA
5	¿En qué momento ocurrió la hemorragia o sangrado?	1. Durante el embarazo ____ pase a Pregunta 7 2. Durante el parto__ pase a Pregunta 9 3. Durante las primeras 2 horas después del parto__ pase a Pregunta 9 4. Entre 2 y 24 horas después del parto 5. Después del aborto 6. No sabe/ No responde ____ Pase a Pregunta 9
6	Cuanto tiempo transcurrió desde que inició la hemorragia hasta que recibió atención?	Horas <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde
<b>Si la hemorragia vaginal empezó durante su embarazo y antes de los dolores del parto</b>		
7	¿Tenía ella dolor mientras había hemorragia?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde
8	¿Ella ya había tenido otra hemorragia durante el mismo embarazo?	1. Si – Pase a Pregunta 13 2. No
<b>Si la hemorragia ocurrió durante el día del parto (o el nacimiento) o en días después</b>		
9	¿Cuántas horas (más o menos) estuvo la señora en trabajo de parto?	Número de horas <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe / No responde
10	¿Le inyectaron alguna medicina antes o durante el trabajo de parto?	1. Si ¿Cuál? _____ 2. No 3. No sabe / No responde
11	¿Cuánto tiempo tardó en salir la placenta?	1. Menos de media hora 2. Más de media hora 3. No salió la placenta 4. No sabe / No responde
12	¿La placenta salió entera?	1. Si, salió entera la placenta 2. No, salió en pedazos la placenta 3. No sabe/no responde
13	¿La señora presentó alguno de los siguientes problemas antes de morir? (Marque todas que mencione el entrevistado)	1. Palidez 2. Pérdida de Conciencia 3. Sudorosa 4. Desmayos 5. No sabe / No responde
14	¿Se le proporcionó alguna medicina a la señora para detener la hemorragia?	1. Si 2. No – Pase a pregunta 16 3. No sabe/no responde – Pase a Pregunta 16
15	Si la respuesta es Sí, ¿Qué medicina?	(Especifique) No sabe / No responde
16.	Si la paciente fue atendida fuera de los servicios de salud, ¿le hicieron masaje uterino después de salir la placenta?	1. Si 2. No 3. No sabe /no responde
<b>II. FIEBRE</b>		
17	¿La señora presentó fiebre que le pudo haber causado la muerte?	1. Si 2. No –Pase a Pregunta 25 (Hipertensión) 3. No sabe/ no responde – Pase a Pregunta 25 (Hipertensión)



No.	PREGUNTA	RESPUESTA
18	¿En qué momento empezó la fiebre?	1. Durante el embarazo, antes de los 5 meses 2. Durante el embarazo, después de los 5 meses 3. El día del parto o nacimiento 4. Durante la primera semana después del parto 5. Más de una semana después del parto 6. Otro _____ 7. No sabe / No responde
19	¿Quién atendió a la señora al inicio de la fiebre?	1. Médico 2. Comadrona 3. Enfermero/a 4. Otro personal de salud _____ 5. Otro (no personal de salud) _____ 6. Nadie 7. No sabe / No responde
20	¿La señora presentó manchas o moretes en la piel, durante el período de la fiebre?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde
21	¿La señora presentó dificultad respiratoria?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde
22	¿Presento mal olor vaginal antes de morir?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde
23	¿Podría por favor indicarme cuantas horas estuvo la señora en trabajo de parto? (DESDE EL PRIMER DOLOR HASTA EL NACIMIENTO)	1. Menos de 12 horas 2. Entre 12 y 24 horas 3. Más de 24 horas 3. No sabe / No responde
24	¿En qué momento se produjo la ruptura de la fuente o membranas?	1. Antes del Inicio del trabajo de parto. a. ¿Cuántas horas? _____ 2. Durante el trabajo de parto _____ a. ¿Cuántas horas antes del nacimiento? _____
<b>III. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (Pre-eclampsia Eclampsia):</b>		
25	¿La señora presentó presión alta, hinchazón o ataques que usted cree pudieron haberle causado la muerte?	1. Si 2. No – Pase a Pregunta 33 3. No sabe/ no responde
26	¿Padecía la señora de convulsiones (ataques) antes del embarazo?	1. Si 2. No – Pase a Pregunta 33 3. No sabe / No responde – Pase a Pregunta 33
27	¿Sabe usted, si tenía algún tratamiento, para las convulsiones (ataques)?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde
28	¿La señora tuvo convulsiones (ataques) alguna vez durante este embarazo?	1. Si 2. No – Pase a Pregunta 33 3. No sabe / No responde – Pase a Pregunta 32
29	¿En qué momento se presentaron las convulsiones (ataques)?	1. Durante el embarazo 2. Durante el parto 3. Después del parto 4. No sabe / No responde
30	¿Le diagnosticaron presión alta con un aparato (esfigmomanómetro) a la señora antes del embarazo? Por favor responda solo en caso de presión alta, no presión baja.	1. Si 2. No – Pase a Pregunta 33 3. No sabe / No responde – Pase a Pregunta 32

No.	PREGUNTA	RESPUESTA																																													
31	¿La señora tomaba algún medicamento, para la presión alta?	1. Si _____ Anote el nombre del medicamento _____ 2. No 3. No sabe / No responde																																													
32	¿Sabe usted si presentó alguno de los siguientes problemas poco tiempo antes de morir?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dolor de cabeza intenso</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Visión borrosa</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Dolor abdominal o en la boca del estómago</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Orina con sangre</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sangre de nariz</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Moretes</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Edema (hinchazón)</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Pérdida visión</td> <td></td> <td></td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	NS/NR	1	Dolor de cabeza intenso			9	2	Visión borrosa			9	3	Dolor abdominal o en la boca del estómago			9	4	Orina con sangre			9	5	Sangre de nariz			9	6	Moretes			9	7	Edema (hinchazón)			9	8	Pérdida visión			9
		Si	No	NS/NR																																											
1	Dolor de cabeza intenso			9																																											
2	Visión borrosa			9																																											
3	Dolor abdominal o en la boca del estómago			9																																											
4	Orina con sangre			9																																											
5	Sangre de nariz			9																																											
6	Moretes			9																																											
7	Edema (hinchazón)			9																																											
8	Pérdida visión			9																																											
<b>IV. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y FACTORES CONTRIBUYENTES CON LA MUERTE MATERNA</b>																																															
33.	¿Sabe usted si a la señora que falleció le dieron alguna vez, orientación e información sobre los métodos de planificación familiar?	1. Si 2. No 3. No sabe o no responde																																													
34.	¿Sabe si a la señora le dieron a tomar hierro o vitaminas prenatales?	1. Si 2. No 3. No sabe o no responde																																													
35.	¿Se realizó plan de parto para la atención de la señora?	1. Si 2. No ¿Por qué no? _____																																													
36.	¿La señora, su familia, comunidad o la comadrona reconocieron que la señora estaba en riesgo por señales de peligro?	1. Si 2. No - Pase a Pregunta 40 3. No sabe / No responde - Pase a Pregunta 40																																													
37.	¿Quién reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte?	1. Ella misma 2. Un familiar 3. Vecino/a 4. Comadrona 5. Personal de salud _____ (especifique) 6. Nadie lo reconoció 7. No sabe / No responde																																													
38.	¿Se tomó la decisión de trasladar a la señora a un servicio de salud?	1. Si 2. No - Pase a Pregunta 40 3. No sabe / No responde - Pase a Pregunta 40																																													
39.	¿Quién decidió trasladar a la señora?	1. Ella misma 2. Madre 3. Padre 4. Esposo 5. Hijo o hija 6. Suegro/a 7. Comadrona 8. Vecino/a 9. Personal de salud 10. Otro _____ (especifique) 11. No sabe / No responde																																													





## FORMA C

### PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA REPÚBLICA DE GUATEMALA

#### MUERTE MATERNA OCURRIDA EN SERVICIO DE SALUD (PÚBLICO, IGSS O PRIVADO)

**Este formulario debe ser llenado en todos aquellos servicios de salud públicos (hospitales, CAIMI, CAP u otro), autónomos o privados en donde haya fallecido una mujer entre 10 y 54 años de edad, Deberá utilizarse el expediente (papeleta o historia clínica) de la paciente como fuente de información para el llenado de esta forma.**

No. de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_

Nombre del Servicio de Salud: \_\_\_\_\_

I. DATOS GENERALES RELACIONADOS CON LA FALLECIDA	
1.	Nombres:
2.	Apellidos:
3.	Edad :
4.	Dirección (comunidad, municipio y departamento):
5.	Escolaridad:
6.	Profesión u oficio:
7.	Nombre de la madre :
8.	Nombre del padre:
9.	A qué pueblo perteneció la fallecida:
10	Tipo de servicio de salud donde fue atendida

1. Ministerio de Salud Pública

- a. Hospital de Referencia Nacional
- b. Hospital Regional
- c. Hospital Departamental
- d. Hospital Distrital
- e. Centro de Atención Integral Materno Infantil
- f. Maternidad cantonal
- g. Centros de Atención Permanente
- h. Otro \_\_\_\_\_

2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

3. Hospital Privado \_\_\_\_\_

4. Otro: \_\_\_\_\_

11.	Marque los servicios con que cuenta el establecimiento de salud donde ocurrió la muerte	1 Medicina 2 Cirugía 3 Pediatría 4 Obstetricia 5 Intensivo 6 Sala de operaciones 7 Banco de Sangre 8 Laboratorio clínico 9 Emergencia 10 Observación Otros_____										
12.	Fecha de ingreso al hospital	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DIA</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>						DIA		MES		AÑO
DIA		MES		AÑO								
13.	Hora de ingreso al hospital	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> </tr> </table>										
14.	Hora de ingreso al servicio donde falleció											
15.	Nombre del servicio:	Obstetricia__ Ginecología__ Cirugía_____ Medicina__ Traumatología__ Sala de Observación _____ Emergencia_____ Otro_____										
<b>Revisar el expediente clínico COMPLETO</b>												
<b>II. ANTECEDENTES DE LA FALLECIDA</b>												
1	Tenía la fallecida algún antecedente médico o quirúrgico	1. Medico_____ 2. Quirurgico_____										
2.	¿La paciente vino referida de otro establecimiento de salud en la hospitalización que se está investigando?	1. Si 2. No										
3.	Anote el nombre del servicio de salud del cual vino referida											
4.	¿Quién la refirió al hospital?	1. Médico 2. Comadrona 3. Enfermero/a 4. Otro personal de salud _____ (especifique) 5. Comité de emergencia comunitario 6. Otro (no personal de salud) _____										





13.	CLASIFICACIÓN: Muerte No materna: <input type="checkbox"/> Muerte Materna: <input type="checkbox"/> Muerte Sospechosa: <input type="checkbox"/>																
<b>Sección II</b> <b>Esta sección debe ser llenada solo para casos de muerte materna o sospechosa de muerte materna</b>																	
<b>III. DATOS RELACIONADOS AL ÚLTIMO EMBARAZO</b> <b>(Relacionado con la muerte materna)</b>																	
<b>DURANTE EL EMBARAZO</b>																	
1.	Hora de ingreso al Servicio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
2.	Servicio Obstétrico al que ingreso: <table style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td>1. Emergencia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Encamamiento</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Sala de Labor</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Sala de Partos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Séptico</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Sala de operaciones</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Intensivo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Otro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. Emergencia	<input type="checkbox"/>	2. Encamamiento	<input type="checkbox"/>	3. Sala de Labor	<input type="checkbox"/>	4. Sala de Partos	<input type="checkbox"/>	5. Séptico	<input type="checkbox"/>	6. Sala de operaciones	<input type="checkbox"/>	7. Intensivo	<input type="checkbox"/>	8. Otro	<input type="checkbox"/>
1. Emergencia	<input type="checkbox"/>																
2. Encamamiento	<input type="checkbox"/>																
3. Sala de Labor	<input type="checkbox"/>																
4. Sala de Partos	<input type="checkbox"/>																
5. Séptico	<input type="checkbox"/>																
6. Sala de operaciones	<input type="checkbox"/>																
7. Intensivo	<input type="checkbox"/>																
8. Otro	<input type="checkbox"/>																
3.	¿La fallecida ya había ingresado anteriormente a este establecimiento de salud durante el mismo embarazo? 1. Si 2. No Pase a Pregunta 5																
4.	¿Por qué razón ingresó la fallecida anteriormente al establecimiento de salud durante el mismo embarazo?  <b>ESCRIBA EN LOS ESPACIOS TODOS LOS DIAGNOSTICOS O IMPRESIONES CLINICAS QUE APAREZCAN EN LA PAPELETA</b> 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____																
5.	Indique la historia obstétrica, tal como aparece en la papeleta 1. Número de embarazos 2. Número de partos 3. Número de cesáreas 4. Número de abortos 5. No hay dato																
6.	¿La fallecida tuvo consultas prenatales? 1. Si 2. No – Pasar a la pregunta 11 3. Sin dato – Pasar a la pregunta 11																
7.	Indique ¿cuántas consultas prenatales tuvo? Número de controles 1. Sin dato <input type="text"/> <input type="text"/>																



8.	¿Dónde se realizó los controles prenatales?	1 Servicio de salud: 2. Comadrona 3. Ambos 4. Sin Dato		
9.	Si el control prenatal fue institucional. ¿Qué servicio lo proporcionó?	1. Puesto de Salud 2. Centro de Salud 3. CAP 4. CAIMI 5. Hospital		
10	Quien brindó el control prenatal a nivel institucional	1. Auxiliar de enfermería 2. Enfermera 3. Médico general 4 Médico de extensión de cobertura 5 Médico ginecólogo.		
11.	¿La fallecida presentó complicaciones en el embarazo ACTUAL?	1. Sí 2. No 3. Desconocido		
12.	¿Se le lleno ficha de vigilancia de la embarazada?	1. Sí 2. No 3. Desconocido		
13	Describa las complicaciones que tuvo durante el embarazo actual ESCRIBA EN LOS ESPACIOS TODAS LAS QUE MENCIONE LA HISTORIA CLÍNICA	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		
14.	¿Por las complicaciones tuvo que ser hospitalizada en este hospital o algún otro?	1. Si 2. No 9 Sin Dato		
15.	¿La señora falleció como resultado de estas complicaciones?	1. Si 2. No 9. Desconocido		
16.	Semanas de embarazo en el momento del fallecimiento	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 1. Desconocido		
17	¿Cuál fue el evento obstétrico que se le atendió a la paciente?	1. Complicacion embarazo 2. Aborto 3. Embarazo Ectópico 4. Evacuación enfermedad trofoblástica 5. Parto Normal 6. Cesárea 7. otro		
18	¿Cuál fue el procedimiento efectuado a la paciente?	1. AMEU 2. Legrado 3. Vaciamiento por succión 4. Histerotomía 5. Exploración pélvica 6. Cesárea 7. Histerectomía abdominal total 8. Histeroectomía abdominal subtotal 9. Videolaparoscopia 10. Otro		



DURANTE EL PARTE										
1	Fecha del parto	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td></td> </tr> </table> 1. Desconocido					DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO								
2	Hora del parto	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table> 1. Desconocido _____								
3	Tipo de parto	1. Vaginal eutócico 2. Vaginal distócico 3. Cesárea 4. Desconocido								
4	Describe las complicaciones que tuvo durante el parto actual ESCRIBA EN LOS ESPACIOS TODAS LAS QUE MENCIONE LA HISTORIA CLÍNICA	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Desconocido								
5	¿Cuánto tiempo después del parto falleció (indicar si ocurrió en horas, días o semanas)?	1. Si fue menos de una hora, indicar número de minutos <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> Si fue más de una hora y menos de 24 horas, indique el número de horas <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> 3. Si fue más de un día, indique número de días <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>								
6	Edad gestacional en semanas a la terminación del último embarazo	1. Semanas <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> 2. Desconocido								
7	¿Quién atendió el parto?	1. Médico ginecólogo 2. Médico general 3. Comadrona 4. Enfermero/a 5. Otro personal de salud _____ (especifique) 6. Otro								
8	Si fue cesárea, exploración pélvica, resolución de aborto o Mola ¿Quién lo realizó?	1. Médico: a) Médico Jefe b) Ginecólogo turnista c) Residente ginecología I d) Residente ginecología II e) Residente ginecología III f) EPS ginecología g) Jefe de residentes h) Médico general i) Médico extranjero ginecólogo j) Médico extranjero general 2. Otro								







16	Comentarios / Observaciones							
	<hr/> <hr/> <hr/>							
	Nombres y apellidos de la persona que llena el formulario _____ Cargo y firma _____							
18	Fecha del llenado:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
DÍA                      MES                      AÑO								



**Ficha de Clasificación**  
**Vigilancia de Muerte Materna**  
**Comité departamental para el Análisis de la Muerte Materna**

Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombres de la difunta: \_\_\_\_\_

Apellidos de la difunta: \_\_\_\_\_

**Clasificación**

Muerte materna directa

Muerte materna indirecta

Si la muerte se clasifica como indirecta fue  
Por enfermedad existente antes del embarazo

Por enfermedad aguda

**Diagnósticos asignados al inicio del estudio (certificado de defunción o expediente)**

a) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción

b) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción

c) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción

**Diagnósticos asignados al realizar el análisis**

a) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción

b) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción

c) \_\_\_\_\_  
Código CIE 10 Descripción



**¿Qué demora o demoras se identifican?**

PRIMERA  SEGUNDA  TERCERA  CUARTA

**¿Qué eslabón crítico se identifica?**

Atención Preventiva  Atención Prenatal  Referencia

Atención del Purperio  Atención del Neonato

---

Nombre y Firma del Director de Área (Coordinador del Comité)