

GUÍA TÉCNICA PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD MATERNO PERINATAL

EL SALVADOR C. A. DICIEMBRE DE 2009.

AUTORIDADES

**MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
MINISTRA DE SALUD**

**DR. EDUARDO ESPINOZA
VICE-MINISTRO DE POLÍTICAS SECTORIALES**

**DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR.
VICEMINISTRA DE SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD.**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
REPÚBLICA DE EL SALVADOR, C. A.

HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 001 QUE DICE:

“Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, a los catorce días del mes de diciembre del año dos mil nueve. CONSIDERANDO: Que de conformidad al Art. 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, que establece la potestad de la Titular de esta Secretaría de Estado, para emitir instrumentos técnicos en materia de salud; Que es necesario contar con una herramienta técnica que permita ejecutar acciones orientadas a identificar, recolectar, procesar, analizar y divulgar de manera sistemática y activa la información relacionada con la vigilancia de la salud materna perinatal. POR TANTO: En uso de sus facultades legales, RESUELVE emitir la siguiente: **“Guía Técnica para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal”**; en consecuencia a partir de la oficialización es de obligatorio cumplimiento por parte de todos los servidores de la red de Establecimientos Públicos de Salud, para lo cual se debe proceder a su divulgación e implementación a partir de esa fecha; HAGASE SABER. La Titular del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social. (f) M.I. Rodríguez”

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos consiguientes.



DIOS UNIÓN LIBERTAD

Maria Isabel Rodríguez

Ministra

INDICE

Contenido		Página
I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos	3
III.	Marco Conceptual.....	4
IV.	Bases Técnicas del Sistema de Vigilancia	9
V.	Implantación del Sistema de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal.....	11
	1. Análisis epidemiológico mortalidad materna	14
	2. Implantación Plan de Intervención.....	17
VI.	Organización y funcionamiento de los Comité	18
	• Comité de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal Hospital/SIBASI.....	19
	• Comité Regional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal	21
	• Comité Nacional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal	23
VII.	Terminología.....	25
VIII.	Bibliografía.....	28
IX.	Anexos.....	29

I. INTRODUCCION

El embarazo es considerado un evento normal, sin embargo muchas mujeres están expuestas a diversos tipos de morbilidades, como las obstétricas severas, en las que por su complicación casi pierden la vida y aquellas que causan la muerte.

Estudios previos realizados en el país, como la Encuesta de Fecundidad (FESAL 2003), demuestran la necesidad de medir directamente la razón de Mortalidad Materna y sus principales causas. Para ello el Ministerio de Salud realizó un estudio prospectivo durante un año, cuyo principal objetivo fue determinar la Línea Basal de Mortalidad Materna en El Salvador, el cual fue realizado en el período de junio 2005 a mayo 2006; la razón de mortalidad materna que se obtuvo fue de 71.2 por cada 100,000 nacidos vivos, lo cual es importante resaltarlo, ya que sirve de parámetro para medir avances en términos de maternidad segura.

Para desarrollar este estudio se conformó un equipo de trabajo representado por la Unidad de Atención Integral a la Mujer, coordinadores regionales del Ministerio de Salud y personal técnico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; quienes implementaron el proceso de levantamiento de la información con las diferentes dependencias del sistema de salud.

A partir de las lecciones aprendidas y la experiencia e información obtenida de la línea basal, y tomando como base los lineamientos establecidos en la Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna elaborada en El Salvador en el año 2004; se formularon los diferentes componentes que contendrá el Sistema de Vigilancia que se propone el cual permitirá el manejo de un sistema activo, funcional y de carácter permanente. La presente versión incluye la vigilancia de las morbilidades severas, definidas como aquellas que amenazan la vida de las mujeres durante su estado prenatal, parto y puerperio, con la finalidad de extender

el ámbito del Sistema de Vigilancia hacia el monitoreo de la morbilidad en la Salud Materna y Perinatal, y no solamente en la condición de muerte.

El Sistema de Vigilancia de la Salud Materna tiene por objeto identificar las causas de morbilidad obstétrica severa y los casos de mortalidad materna, a fin de contribuir a la implantación de Planes de Mejora que complementen el sistema de vigilancia, el cual estará integrado en el sistema de vigilancia de la salud, en base a lineamientos de unificación de la información para los miembros del sistema nacional de salud.

Se pretende con la vigilancia, la implantación de mejoras en la provisión de servicios de salud; por ello se describe un sistema que consta de dos momentos: el momento epidemiológico, que es el proceso en el que la vigilancia se complementa con el análisis y la deducción, y el momento de implantación, que es el proceso en que los comités de vigilancia establecen un plan para minimizar los riesgos y fallas en el sistema de salud.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo de la presente Guía para el Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal, es proporcionar a los proveedores de los servicios de salud, una herramienta que permita ejecutar acciones orientadas a identificar, recolectar, procesar, analizar y divulgar de manera sistemática y activa la información relacionada con la vigilancia de la salud materna y perinatal de manera que se disponga con información para impulsar la elaboración e implantación de planes de mejora, a efecto de disminuir la morbilidad severa y la mortalidad materna.

Objetivos Específicos

- 1.** Actualizar trimestralmente la información concerniente a las muertes de mujeres de 10 a 54 años.
- 2.** Disponer de un registro confiable de las muertes maternas y la morbilidad obstétrica severa extrema elaborado en forma mensual.
- 3.** Fortalecer el rol de los Comités de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal en la emisión de recomendaciones, para su utilización en la toma de decisiones y desarrollo de intervenciones oportunas
- 4.** Coordinar con las alcaldías el registro de la mortalidad materna.

III. MARCO CONCEPTUAL

Cada minuto, a nivel mundial, una mujer muere a causa de su embarazo sobre todo en los países en vías de desarrollo, lo que implica la pérdida de más de 10 millones de vidas en una generación.

Una de cada 48 mujeres en los países en vías de desarrollo tiene posibilidades de morir por la misma causa y en contraste, en los países desarrollados la relación es de 1 a 1,800.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en el quinto objetivo de Desarrollo del Milenio, **“mejorar la salud de las madres y reducir en el año 2015, tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna”**. Es por ello que la Tasa y la Razón de mortalidad materna son indicadores internacionalmente aceptados para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social².

En el sistema de vigilancia que se presenta, se incorpora el concepto de búsqueda activa de caso, en nuestro país las tres principales causas de muerte en forma descendente, corresponden a los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias obstétricas y la sepsis. En ese sentido se recaban datos a partir de los registros de las alcaldías y de los establecimientos de salud relacionados con criterios obstétricos, clínicos, de daño sistémico o manejo y de riesgo social.

CLASIFICACION DE LA MUERTE MATERNA

1. MUERTE MATERNA SEGÚN CAUSAS

Se clasifican en:

¹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo: (Día Mundial de la Salud, 2005)

² Sachs Jeffrey (2005) “El fin de la pobreza como conseguirlo en nuestro tiempo”. Editorial Debate, Madrid (ISBN 9788483066430)

- a) Muerte Materna por causas Directas
- b) Muerte Materna por causas Indirectas
- c) Muerte Materna por causas No relacionadas

En la Clasificación Internacional de Enfermedades se acordó que la causa de muerte, para tabulación primaria se denominaría, **causa básica de la defunción** que se define como la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal,

La **causa básica de defunción** se declara en la hoja del certificado de defunción y corresponde a la letra d) del numeral 13 de la parte I de dicho Registro de Defunción. Esta hoja es de uso internacional. La versión mas reciente corresponde al CIE- 10, (Anexo No 2).

El Registro consta de dos partes Parte I, contiene la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, iniciando por el más reciente. Se usan tres literales que corresponden a 3 diagnósticos:

- a) Causa inmediata (estado patológico que produjo la muerte)
- b) Causa intermedia (como consecuencia de)³
- c) Causa básica, con la que comenzó todo.⁴

Parte II, este apartado incluye aquellas condiciones importantes que incidieron en el curso del proceso morboso, pero que no produjeron directamente la muerte (causas contribuyentes).

³ Si hay más de un componente en la cadena de acontecimientos, la causa directa se anota en (a) y la *causa antecedente originaria* se escribe por último, anotándose cualquier **causa intermedia (interveniente) en la línea (b)**. Después de las palabras "debido a (o como consecuencia de)", que aparecen en el certificado, deben incluirse no sólo la causa o proceso patológico directo, sino también las causas indirectas, por ejemplo, cuando la causa antecedente ha predispuesto hacia la causa directa por lesión de tejidos o deficiencia de la función, aun después de un intervalo largo.
3 OPS/OMS Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Sept 1990.

⁴En 1990 la 43a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una recomendación que dice que, cuando sea necesario, los países pueden agregar una línea adicional (d), en la Parte I del certificado.

2. MUERTE MATERNA SEGÚN GRADO DE PREVENCIÓN

La muerte materna también se clasifica según el grado de prevención. Se considera que las muertes maternas pueden ser prevenibles o no, dependiendo de las intervenciones que se realicen oportunamente y de los recursos disponibles; según el grado de prevención se clasifican en:

- a) **Muerte materna prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.
- b) **Muerte materna potencialmente prevenible:** Son aquellas muertes que presentaron una patología grave, en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento tardío.
- c) **Muerte materna no prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

MUERTE MATERNA SEGÚN DEMORAS

Se clasifican de la siguiente manera:

Primera demora: “Tomar la decisión de buscar ayuda”.

Consiste en la decisión de la mujer y su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionado con el embarazo, parto y puerperio. Esta decisión, puede estar influenciada por factores culturales, el estatus y la autonomía de la mujer, la distancia al establecimiento de salud, disponibilidad y eficiencia de transporte, la percepción del personal que labora en los establecimientos de salud.

Segunda demora: “Llegando a la instalación médica”

Relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte.

Tercera demora: “Recibiendo tratamiento”

Incluye la provisión de cuidados obstétricos de emergencias, al presentarse a un establecimiento de salud influyendo en ésta la capacidad resolutive del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros.

TÉCNICA DE ESLABONES CRÍTICOS.

Es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención, aplicada al Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal. Es una técnica práctica y sencilla para el estudio de la morbilidad y mortalidad, que permite identificar situaciones puntuales de acierto o fallo en la atención brindada a los usuarios.

El uso de ***eslabones críticos*** en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas, permitirá que los Comités de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal transformen la información en conocimiento estratégico.

Cada caso de muerte materna, es una lección aprendida para identificar errores ya sea por la omisión, por demora o por insuficiente calidad con la que se proporcionó un atención en salud.

Del análisis de los diferentes eslabones, se deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres.

El supuesto es que cada mujer que murió, es representativa de otras que en condiciones similares, acuden actualmente a los diferentes servicios de salud, y que si no se mejora el tipo de atención, no vamos a prevenir otra muerte materna.

Un eslabón crítico es un procedimiento que involucra una actividad crucial para prevenir o detectar oportunamente un daño, es una actividad que de realizarse

previene la muerte de una mujer que presenta complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Crítico, es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte en el sentido de que una falla contribuye al aumento de la mortalidad y, por otra, que su mejora es crucial para evitar la muerte materna de otra mujer que está en condiciones similares.

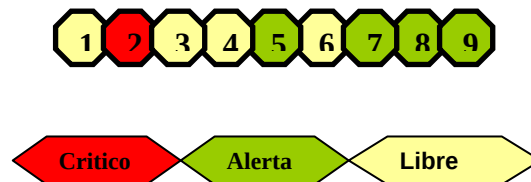
Con esta metodología de análisis, se revisan los procedimientos descritos en el modelo de atención a la mujer embarazada, que incluye los programas preventivos y la atención prenatal en un establecimiento, de acuerdo a su complejidad y la referencia para la atención del embarazo, parto y puerperio en un hospital general, regional o de especialidades, según cada caso particular.

Los colores del semáforo, nos identifican el eslabón que tuvo mayor complicación o falla en la atención de la siguiente manera:

- **Crítico:** corresponde al color rojo y se ilustra un solo eslabón.
- **Alerta:** corresponde a color amarillo y significa algún grado de complicación, pueden ser varios los eslabones que se ilustren con este color.
- **Libre:** corresponde a color verde y significa que no hay ninguna complicación o falla en la atención.

Además, para perfeccionar el análisis, cuando la muerte ocurre en un hospital, independientemente del nivel de complejidad, aunque sea de paso o donde fallece, se considerarán los diferentes servicios que se le proporcionaron a la paciente: emergencia, servicio de labor y partos, atención del parto, recuperación, puerperio, neonatología; lo cual puede variar según el estado en que sea referida y se resume en el siguiente esquema:

Eslabones críticos del caso.



- 1.Programa Preventivo
2. Control prenatal
- 3.Referencia
- 4.Hospital de Paso
- 5.Traslado
- 6.Hospital donde fallece
- 7.Puerperio
- 8.Traslados
9. Recién Nacidos

IV. BASES TÉCNICAS SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD MATERNA PERINATAL

Generalidades

Para el funcionamiento ordenado del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, se elaboró una serie de formularios con el objeto de recolectar información de manera sistemática, en cada uno de los lugares donde la fallecida tuvo contacto con el o los establecimientos de salud, así como obtener información sobre síntomas, demoras y aspectos sociales de la fallecida por medio de los familiares. (Anexo No 1).

Para la implantación de este sistema un principio básico y fundamental es la **confidencialidad**, que implica garantizar el resguardo o custodio de la información y promover la confianza y la seguridad en el agente que emite la información y que será utilizada de manera restrictiva y sin riesgo de divulgación de la misma.

La práctica de la confidencialidad en los usuarios internos del sistema permite una recolección más clara y precisa de la información relacionada con los eventos, identificando las fallas del sistema de provisión de servicios para su corrección y no proveer información que sirva como elementos, en procesos de carácter legal.

La experiencia obtenida en el estudio de la línea basal hacia la búsqueda de un mayor impacto en las intervenciones, remarcaban la necesidad de vigilar en el mismo sistema a la Morbilidad Obstétrica Severa que se **deriva técnicamente del**

inglés “Near Miss” y en la cual se utiliza para su análisis el Modelo de Fallas “Prevenibilidad” de S. Geller.⁵ (Anexo No 2).

En el contexto de la vigilancia de la mortalidad materna tradicional se tiene la particularidad de que esta asume una posición pasiva que admite poca sensibilidad en la captura de casos. En este sentido, la vigilancia en salud materna perinatal propuesta en este documento es de carácter activo, mejorando la sensibilidad y recuperando los casos de muerte que por diferentes circunstancias son **subregistradas** (muertes maternas que son identificadas a través de otra fuente diferente a la alcaldía) o **subenumeradas** (a pesar de estar registradas en la alcaldía, como muertes en mujeres de 10 a 54 años, el diagnóstico no está especificado como muerte asociada a embarazo).

Beneficios del Sistema

El Sistema de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal permite:

- Identificar la mortalidad de las mujeres de 10 a 54 años.
- Disponer de una razón de mortalidad materna confiable.
- Monitorear el compromiso de los objetivos de desarrollo del milenio.
- Identificar la morbilidad Obstétrica Severa y sus causas
- Determinar las causas básicas de muerte materna
- Identificar los factores que influyen la mortalidad materna
- Analizar las causas de mortalidad perinatal
- Desarrollar Planes de Mejora que fortalezcan la Maternidad Segura y
- Asegurar el monitoreo de las acciones y la realimentación permanente.

⁵ Revista Científica de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 2008.

V. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD MATERNA PERINATAL

El sistema de vigilancia activa de la salud materna perinatal se aplica en casos que ocurren en la comunidad, como a nivel de los establecimientos de salud y su implantación se abordará en dos etapas:

- 1. Análisis epidemiológico de las muertes de mujeres de 10 a 54 años, muertes maternas y morbilidad obstétrica severa.**
- 2. Implantación del Plan de Mejora.**

Cada etapa tiene sus particularidades pero en la aplicación práctica ambas se correlacionan; para efectos del presente documento se describirán cada uno de las etapas con sus respectivas actividades, sin embargo en la práctica se desarrollan en forma simultánea.

1.1. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO: inicia ante la muerte de una mujer entre 10 a 54 años registradas en las alcaldías.

En esta etapa además de la condición de muerte se confirma la existencia de embarazo e involucra las siguientes cuatro fases:

1.1.1 La Búsqueda Activa de los casos:

- La información de mujeres de 10 a 54 años fallecidas, será recolectada en las Alcaldías por el personal de la Unidad de Salud, a través del Formulario de Recolección de Muertes de mujeres de 10 a 54 años. (Anexo 3 y 4).
- Durante la búsqueda de casos de Muerte Materna en Mujeres de 10 a 54 años, pueden suceder las siguientes posibilidades (Anexo 5):

- o Comprobar que no es muerte relacionada con el embarazo, quedando consignado en la base de datos de Muerte de Mujeres de 10 a 54 años.
- o Confirmar que existió embarazo y que está ante una muerte materna; en este caso, se pasa a la investigación de la muerte materna. (Anexo No 6).
- o Si la causa de muerte aún es sospechosa de relacionarse con el embarazo, o no se pueda completar el numeral 13 del Registro de Defunción, este caso será sometido a investigación para descartar presencia de embarazo, utilizando la Hoja Filtro (Anexo No. 7). Es aplicado por personal del nivel local en la comunidad a los parientes, a familiares o vecinos, hasta un año posterior a la ocurrencia de la muerte; en caso que no se encuentre a los familiares, solo se revisará el expediente clínico.

1.1.2 Procesamiento, análisis y divulgación de las muertes de mujeres de 10 a 54 años:

- La información recolectada a través de este formulario será analizada por la dirección de la Unidad de Salud, a fin de identificar elementos epidemiológicos que le permitan alimentar su Plan de Intervención.
- El Formulario de Recolección de Muertes de mujeres de 10 a 54 años, será enviado por el director de la Unidad de Salud al Epidemiólogo del SIBASI, en los primeros 10 días hábiles. (Anexo No. 8).
- Ante un caso de muerte materna detectada, el director de la Unidad de Salud informará al Epidemiólogo del SIBASI y éste a su vez al Epidemiólogo Regional.
- El Estadístico del SIBASI procederá a su inmediata digitación en la base de datos de Muertes de Mujeres de 10-54 años. La cual es procesada en EPI-INFO.
- Los epidemiólogos regionales serán los responsables de revisar la base de datos de muerte de mujeres de 10-54 años, a más tardar la segunda semana de cada mes, monitoreando la consistencia de la información e

identificando las principales causas de muerte en este grupo, a fin de retroalimentar a los diferentes niveles.

- El epidemiólogo del SIBASI depura la base de datos y analiza los diagnósticos de muerte de mujeres de 10 a 54 años. En caso de detectar casos sospechosos de muerte materna, informará a la Dirección del nivel local para la aplicación de la Hoja Filtro. (Anexo No. 7).
- La base de datos depurada será remitida por el estadístico de SIBASI a la Unidad de Información Regional, dentro de cinco días hábiles después de haber sido depurada por el SIBASI.
- El referente del Programa de Atención a la mujer, el epidemiólogo y el estadístico Regional revisan, depuran y consolidan los diagnósticos de muertes de mujeres de 10 a 54 años.

1.1.3 Ampliación de la información:

- El estadístico posterior al visto bueno del epidemiólogo de la Región, remite la base de datos a la Unidad de Epidemiología del Nivel Superior, a más tardar cinco días después de haber sido recibida.
- El epidemiólogo encargado de la Vigilancia de la Salud Materna de Nivel Superior consolida la base.
- El Programa de Atención a la mujer en conjunto con la Unidad de Epidemiología, analizan mensualmente los diagnósticos de muerte de mujeres de 10 a 54 años.
- Del análisis en conjunto se elabora un informe por escrito de las primeras 10 causas de muertes de mujeres de 10 a 54 años por grupo etareo, el cual se enviará al Programa de Atención Integral a la mujer y a la Unidad de Monitoreo y Evaluación.

1.1.4 Notificación a las instancias correspondientes:

- Se realiza de manera simultánea desde el momento que se inicia la búsqueda activa de casos de muertes de 10 a 54 años en todos los niveles descritos en el paso anterior. (Ver Anexo No. 5).
- Ante un caso dudoso de muerte de mujeres de 10 a 54 años:
 - o Si mediante el proceso de investigación se clasifica como **muerte materna**, el epidemiólogo regional notificará el cambio de estatus del caso a la Unidad de Epidemiología del Nivel Superior, quien asegurará el cambio en el Sistema Integrado de Monitoreo en Web (SIMOW).

1. ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE LAS MUERTES MATERNAS

1.2.1. Identificación de los casos de Muerte Materna:

- Los reportes de muerte materna podrán provenir de cinco fuentes:
 - o Hoja de Notificación Inmediata de los hospitales donde falleció la mujer. (Anexo No 9).
 - o Certificado de Defunción de las alcaldías ó a través del Formulario I de Recolección de Muertes de Mujeres de 10-54 años. (Anexo 10 y Anexo 4).
 - o Notificación Inmediata de los promotores de salud.
 - o Notificación por medio de informantes claves: Instituto de Medicina Legal, líderes comunitarios, parteras, entre otros.
 - o A través de los medios de comunicación: TV, radio, Prensa.
 - o Todo caso de muerte materna, se investigara a través del Formulario II Autopsia verbal (Anexo11) y revisión de expedientes según corresponda. (Anexo 5,12 y 13).
- El responsable de la investigación del caso, será el referente regional del Programa de Atención Integral a la Mujer de la Región donde sucedió la muerte.
- Independientemente del municipio de fallecimiento, la muerte se adjudicara a la Región correspondiente al municipio donde se registra la defunción.

- Si en un periodo de 3 meses no existiera registro de la muerte materna en la alcaldía, para fines estadísticos la muerte se adjudicará a la Región donde ocurrió la muerte.
- La discusión del caso se hará en la región donde ocurrió la muerte, participando representantes del establecimiento de salud, incluyendo personal comunitario, independientemente si recibió o no atención institucional.

1.2.2. Recolección de la información

- Las personas encargadas de recolectar de la información en las alcaldías será médico o enfermera de la Unidad de Salud.
- Esta información será obtenida utilizando el Formulario de Recolección de muertes de 10 a 54ª años de Registro en Alcaldías. (Anexo 4).

1.2.3. Notificación y registro de casos de muerte materna:

- Ante un caso de muerte materna Institucional o Comunitaria:
 - o Consignar en el Registro de Defunción, la causa básica de muerte y marcar la casilla 13 “Existía embarazo al momento de muerte” y “Existió embarazo un año antes de su muerte”. (Anexo No 10).
 - o Si posterior al análisis de caso de muerte materna, se establece cambio de **causa básica de muerte**, los epidemiólogos del hospital/SIBASI, Región y Superior, deberán cambiar el diagnóstico de causa básica en la base de datos.
 - o Si al realizar la autopsia verbal y revisión de caso, se evidencia cambio del diagnóstico de causa básica de muerte, el referente regional de Programa de Atención Integral a la Mujer notificará el nuevo diagnóstico a la Unidad de epidemiología de Nivel Superior y al Programa de Atención Integral a la mujer para modificar la base de datos.
- El responsable de llenar la Hoja de Notificación Inmediata de muerte materna (Anexo No 9) será el director de la unidad de salud u hospital según corresponda y se enviará en las primeras 48 horas de haber sucedido la muerte a:

a.) Epidemiólogo del SIBASI,

b.) Epidemiólogo Regional (quien lo enviará a la Unidad Nacional de Epidemiología)

c.) Programa de Atención Integral a la Mujer

- Los hospitales nacionales envían la Hoja de Notificación Inmediata a la Unidad Nacional de Epidemiología dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el evento, esta a su vez lo enviará a la región de salud del domicilio de la fallecida.
- La recolección de la información de la comunidad se hace a través del Formulario II: Autopsia verbal (Anexo No.11) tomando en cuenta los datos del grupo familiar y el entorno.
- La información del proceso clínico se recopila en el Formulario III haciendo uso del expediente clínico, según el nivel donde recibió atención la fallecida. Se subdivide según el sitio que se está evaluando en:
 - a. Auditoria del Expediente Clínico de la Unidad de Salud: Formulario III-A. (Anexo No 5)
 - b. Auditoria del expediente clínico del Hospital de Paso: Formulario III-B, donde trataron inicialmente el caso y se refirió, puede ser más de un Hospital de Paso. (Anexo No. 12)
 - c. Auditoria del expediente clínico del Hospital donde ocurrió la muerte: Formulario III-C. (Anexo No. 13).

1.2.4 Procesamiento, análisis y divulgación de las muertes maternas:

- El Programa de Atención Integral a la Mujer consolida y depura la información de las muertes maternas a nivel nacional en el Formulario IV: Resumen y base en Excel, posterior a la realización de la auditoria. (Ver Anexo No 14).
- El Programa de Atención Integral a la Mujer mensualmente analiza la información de las muertes maternas, trimestralmente rinde informe a las Autoridades Ministeriales y semestralmente presenta datos al Comité Nacional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal.

2. IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

2.1. Propuesta del Plan de Mejora.

- A partir de los hallazgos en el análisis de los casos de morbilidad extrema o muerte materna, se elaborara un plan de mejora.
- Es responsabilidad del Comité Hospital/SIBASI la formulación del plan de mejora estableciendo responsabilidades.
- Enviar Informe del Plan al Director Regional y al Programa de Atención Integral a la Mujer, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la Auditoria.

2.2. Implantación

- El Director del establecimiento de salud será el responsable de operativizar el plan de mejora elaborado.
- Si existe retraso en el cumplimiento de las actividades del plan de mejora, el Director del establecimiento de salud será el responsable de hacer las adecuaciones necesarias al cronograma para garantizar el cumplimiento.

2.3 Monitoreo y Supervisión

- El Director del establecimiento de salud será el responsable del monitoreo de las actividades tanto intramurales como extramurales del plan de intervención.
- El referente regional del Programa de Atención Integral a la Mujer, dará seguimiento al cumplimiento del plan de intervención al menos una vez al mes; al realizar visitas en el primer nivel de atención se hará en coordinación con el SIBASI, realizando informe escrito del monitoreo, el cual será enviado al Programa de Atención Integral a la Mujer.

- El Programa de Atención Integral a la Mujer realizará supervisiones facilitadoras en coordinación con la Región de Salud, para verificar el avance y cumplimiento de los planes.

Responsabilidades para la ejecución del Sistema:

Para la implantación del presente Sistema, es necesario que el Ministerio de Salud a través de los Comités de Vigilancia Regionales, coordinen la recolección de la información con las siguientes instituciones Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. Con la finalidad de integrarlos al sistema unificado de información del ente rector.

Las unidades organizativas responsables de la consolidación de la información y el análisis epidemiológico respectivo son: epidemiólogos hospitalarios, SIBASI y regionales, estadísticos Hospitalarios, SIBASI y Regionales, unidad de información monitoreo y evaluación del nivel superior, Unidad Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer.

VI. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS EN APOYO AL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD MATERNA PERINATAL.

El Sistema de vigilancia de muertes maternas, morbilidad obstétrica extrema y mortalidad en mujeres de 10 a 54 años está basada en los comités de vigilancia de la Salud Materna Perinatal, constituida en cada uno de los Niveles. Cuya responsabilidad principal es establecer las causas médicas y no médicas de Muerte, determinar causa Básica de Muerte, evaluar la calidad de la atención brindada a la paciente para determinar si la muerte pudo evitarse e identificar intervenciones orientadas a la prevención de casos similares en el futuro.

La formación de Comités en Apoyo del Sistema de vigilancia de la salud materna perinatal se hará en los tres niveles organizativos:

- a) Nivel Local Hospital/ SIBASI,
- b) Regional
- c) Nacional.

Los objetivos, integrantes, funciones y dependencia de cada comité, se describen a continuación:

Comité de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal Hospital/SIBASI.

OBJETIVO	INTEGRANTES	FUNCIONES
Investigar todos los casos de morbilidad y mortalidad materna perinatal ocurridos en la comunidad, y en los diferentes niveles de atención, a fin de cumplir las recomendaciones propuestas en el análisis de cada uno de ellos.	• Director/a Hospitalario • Coordinador/a SIBASI. • Jefe enfermeras de Hospital • Epidemiólogo de hospital • Epidemiólogo de SIBASI. • Jefe Dpto. Gineco Obstetricia. • Jefe de Anestesiólogos • Jefe Dpto. Pediatría • Jefe Dpto. Neonatología. • Otros Jefaturas o dependencias cuando el caso lo amerite.	• Revisar los casos de muertes maternas y peri natales a través de la recolección de datos en los diferentes instrumentos establecidos (FI, FII y FIII). • Examinar los casos de morbimortalidad materna y perinatal de acuerdo a demoras y eslabones críticos. • Analizar el Sistema Informático Perinatal y toma de decisiones según resultados. • Brindar recomendaciones en cada caso de muerte materna y morbilidad obstétrica extrema. • Realizar resumen de cada caso de muerte materna según formulario IV posterior análisis del comité. • Enviar formulario IV junto a las recomendaciones brindadas al nivel Regional y a quien corresponda (Director Hospital, Coordinador SIBASI). • Verificar la implementación de las recomendaciones brindadas por el comité a nivel local (Hospital / SIBASI). • Comprobar la implementación de las recomendaciones brindadas por el comité a nivel local (Hospital / SIBASI).

Lineamientos Operativos Para El Funcionamiento del Comité de Vigilancia de La Salud Materna Perinatal Hospital/SIBASI:

- Elaborar un Plan de Trabajo Anual.
- Se reunirán como mínimo una vez por mes.
- Se llevará un libro de actas por cada reunión del comité, la persona encargada de esta actividad será designada por el Director del Hospital.
- La convocatoria para la reunión la realizará a través de la Dirección Hospitalaria y Coordinador/a del SIBASI.
- Elaborar el resumen de caso que será analizado en el Comité; la persona encargada para esta actividad será designada por el Director del Hospital.
- Ante la ocurrencia de una muerte materna o morbilidad extrema, el Comité deberá reunirse a más tardar en 24 horas para analizar el caso, debiendo tomar acciones inmediatas.
- Enviar resumen del caso analizado, en las siguientes 48 horas hábiles a la Dirección Regional.
- Desarrollar la auditoria de muerte materna en un periodo máximo de 30 días posterior a su ocurrencia, con participación del Nivel Local, Regional y Superior.
- Enviar Informe con Plan de Intervención de cada auditoria de muerte materna a Director Regional y al Programa de Atención a la Mujer, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la Auditoria.
- En el caso que no se realice auditoria de muerte materna, porque no ha ocurrido, el comité debe analizar un caso de morbilidad obstétrica extrema según los indicadores obstétricos que se mencionan en el Anexo No 15 y desarrollar análisis de los resultados del Sistema Informático Perinatal del mes anterior; enviar plan de Intervención a la Dirección Regional y Unidad de Atención a la Mujer para su seguimiento y apoyo.
- Cuando el caso haya tenido contacto con las siguientes Instituciones: Seguro Social, ISBM, ISRI y COSAM, serán invitados, debiendo llevar

resumen de la atención brindada a la fallecida, para su discusión en la reunión del comité Hospital /SIBASI.

- Cuando la muerte materna ocurra en un Hospital de 3er Nivel (Hospital Nacional de Maternidad, Hospital Rosales) el responsable de llevar la vigilancia, participará en la discusión del caso según procedencia, exponiendo un resumen de la atención brindada en dicho hospital y retomando las recomendaciones correspondientes.

Comité Regional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal

OBJETIVO	INTEGRANTES	FUNCIONES
1. Dar seguimiento al Plan de Mejora presentado por el Comité local y discutir casos críticos considerados por el Comité Regional. 2. Brindar asistencia Técnica al Director Regional de Salud, en base a los resultados trimestrales de la vigilancia de la Morbilidad Obstétrica Severa, Mortalidad Materna y Mortalidad Perinatal.	• Director/a Regional de Salud. • Coordinador/a de la División de Provisión de Servicios de Salud Regional. • Enfermera Regional • Estadístico Regional • Epidemiólogo/a Regional • o Referente del Programa Materno a nivel Regional. • Representante del ISSS. • Representante del ISRI. • Representante de Bienestar Magisterial. • Representante de Sanidad Militar • Representante de ASOGOES * Regional si existe). • Coordinador/a o Referente Regional del Programa de la Mujer. • Representante de la Asociación Nacional de Pediatría • Representante de la Asociación Nacional de enfermería. • Representante de un Organismo No gubernamental. • Otras dependencias o Jefaturas cuando el Director/a Regional lo considere conveniente.	• Conocer, recopilar y analizar los informes realizados por los Comités locales (Hospital/SIBASI) de Prevención de la morbilidad materna perinatal. • Monitorear los Planes Locales de Mejora. • Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Comité Locales en cada uno de los casos de Morbi-mortalidad Materna Perinatal. • Realizar recomendaciones que de acuerdo al análisis del comité sean necesarias implementar en los niveles correspondientes. • Brindar informes al Comité Nacional de los casos ocurridos de Morbimortalidad Materna Perinatal. • Brindar asistencia técnica a los Comité Institucionales de la Prevención de la Morbimortalidad Materna Perinatal. • Apoyar a los comités locales con Información técnica y científica. • Fomentar el intercambio de las recomendaciones entre las diferentes Instituciones del Sector. • Apoyar a las respectivas jefaturas para la adquisición de los insumos necesarios para el cumplimiento de las recomendaciones.

Lineamientos Operativos Para El Funcionamiento del Comité de Vigilancia de La Salud Materna Perinatal Comité de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal Regional.

- Se reunirán como mínimo una vez cada tres meses.
- Se llevará un libro de actas por cada reunión del comité. La persona encargada de esta actividad será designada por la Dirección Regional.
- La convocatoria para la reunión se realizará a través de la Dirección Regional.
- El Comité Regional será conformado por dos instancias, una que corresponde solo a los involucrados de la Región de Salud del MSPAS, que llamaremos instancia técnica y el otro llamado Comité Ampliado, en donde además del MSPAS, se incluyen otras instituciones relacionadas con la salud, que están ubicadas geográficamente en la misma Región.
- Contar con una calendarización de reuniones, consensuadas con los miembros del comité.
- El referente Regional del Programa de Atención a la Mujer, dará seguimiento al cumplimiento del Plan de Intervención establecido por los Comité locales; en caso de realizarse visita en el primer Nivel se hará en coordinación con el SIBASI, al menos una vez al mes, realizando informe escrito de la visita, el cual deberá ser enviado al Programa de Atención Integral a la Mujer.
- Presentar el Informe de los casos analizados de muertes maternas como de morbilidades obstétricas severas, al Comité Nacional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal, cada 6 meses.
- En las reuniones de Evaluación Regional trimestral, se invitaran a los representantes de las Instituciones que conforman el SNS.

Comité Nacional de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal.

OBJETIVO	INTEGRANTES	FUNCIONES
Proponer Estrategias tendientes a fortalecer la salud Materno-perinatal y gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de planes, programas y proyectos a nivel Institucional y/o Nacional.	• Director/a de Programas. • Director/a de Vigilancia de la Salud. • Coordinador/a de la Unidad de Atención en salud a la mujer. • Jefe/a del Departamento de Ginecología y Obstetricia del la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. • Directo/a Ejecutiva del Instituto Salvadoreño Para El Desarrollo de la Mujer. (ISDEMU) • Director/a Ejecutivo de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) • Presidente(a) de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de EL Salvador (ASOGOES). • Presidente de la Asociación de Neonatología de El Salvador. • Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador (ANES). • Coordinadora de la Alianza para la Salud Sexual y Reproductiva de EL Salvador. • Representante del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). • Representante del Comando de Sanidad Militar. • Representante del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.(ISRI) • Representante del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.(BM) • Representante de la Asociación de Hospitales Privados.	• Proponer políticas y la legislación pertinente tendientes a reducir la morbilidad materna perinatal. • Delegar los referentes de los comités de Vigilancia de la Salud Materna perinatal Regional. • Conocer y analizar los informes realizados por los Comités Vigilancia de la Salud Materna perinatal Regional y proponer recomendaciones a las Autoridades del SNS. • Evaluar el impacto de las intervenciones a través de indicadores básicos de la salud de la mujer y niñez. • Apoyar la gestión ante las instancias correspondientes de los recursos esenciales, con base en las necesidades técnicas presentadas por cada Institución. • Facilitar información técnica y científica al Comité Nacional y Regional.

Lineamientos Operativos Para El Funcionamiento del Comité de Vigilancia de La Salud Materna Perinatal Comité de Vigilancia de la Salud Materna Perinatal Nacional.

- Reunión del Comité Nacional se realizará semestral
- Se coordinaran con el resto de instituciones del Sistema Nacional de Salud el funcionamiento en lo referente a: análisis de la información brindada por los comités de SIBASI/Hospital y Regional, evaluación de impacto y toma de decisiones, coordinación para la gestión de los recursos para el funcionamiento de la vigilancia del sistema.

VII. TERMINOLOGIA

Para una comprensión integral de la presente guía es necesario tomar en cuenta los siguientes conceptos:

- **Causa básica de defunción (CIE-10):** La causa básica de defunción ha sido definida como “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”.
- **Defunción Materna (CIE-10):** La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y de la duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.⁶
- **Defunción materna tardía (CIE-10):** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días post parto, pero antes de 1 año de la terminación del embarazo.
- **Defunción por causas obstétricas directas (CIE-10):** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (Prenatal, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington D.C: OPS 1995 3V.- (Publicación científica; 554).

- **Defunción por causas obstétricas indirectas(CIE-10):** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Dada la alta frecuencia en EL Salvador de las Intoxicaciones auto inflingidas durante el estado grávido y comprobándose a través de la autopsia verbal que el suicidio ocurrió a causas del embarazo, se decidió incluirlas en la categoría de Causas Obstétricas Indirectas, por recomendación del Equipo de consultores del CDC de Atlanta y de OPS/OMS Washington.
- **Defunción por causas no relacionadas:** No se considera en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esta resulta de la defunción de mujeres embarazadas por causas violentas o auto inflingidas es decir defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas.
- **Defunción de mujeres de 10 a 54 años:** Toda muerte en una mujer en este grupo de edad.
- **Denominadores para la mortalidad materna:** El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.
- **Morbilidad obstétrica severa:** Llamada también Morbilidad Obstétrica Extrema, es una complicación aguda que amenaza la vida de la mujer y no provoca la muerte, por algún cambio realizado en su abordaje en un centro de atención durante su embarazo, parto o puerperio .son complicaciones que requieren una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte de la mujer y/o de su producto. Se ha dado énfasis al análisis de la mortalidad materna, y en base a las lecciones aprendidas se plantean

medidas para evitar casos similares por lo cual se promueve el análisis de las Morbilidades Obstétricas Severas.

- **Tasa de mortalidad materna [1]** : Es la medida ideal de mortalidad materna y divide el numero de muertes maternas entre las mujeres en edad reproductiva

$$\frac{\text{Número de Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Número de mujeres en edad reproductiva}} \times k (100,000)$$

Razón de mortalidad materna: Es una de las medidas de riesgo de muerte por embarazo de más amplio y uso y se define:

$$\frac{\text{Número de Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times k (100,000)$$

^[1] El uso del término "tasa", aunque inexacto en este contexto, se mantiene por razones de continuidad.

^[2] El numerador incluye muertes maternas obstétricas directas e indirectas, más aquellas debidas a cualesquiera otras causas (no obstétricas).

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Asamblea Mundial de la Salud, Sept. 1990. 3 OPS/OMS
- Berg C, Daniel I. Y Mora. Guías para la Vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal en El Salvador, 1996.
- Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Materna, MSPAS, El Salvador. Año 2004.
- Guía para la detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas, Consejo de Salubridad General de la Republica Mexicana, Nov, 2004.
- Maine Deborah. Diseño y Evaluación de Programas para Mortalidad Materna. Universidad de Columbia
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10^a revisión. Washington D.C: OPS 1995 3V.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud 10 revisiones. Washington D.C. 1995
- Principios de Epidemiología, 3030g.
- Política Nacional de Salud, Acuerdo Ejecutivo No 788, 21 de agosto del año 2008.
- Rev. Cubana Obstétrica Ginecológica, Unidad de Cuidados Intensivos 1999. Ref. Stacie Geller PHD Defining a conceptual frame work for near miss maternal mobility.
- Revista Científica de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 2008.

IX- ANEXOS

Anexo No 1

FORMULARIOS EN APOYO A LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.

NOMBRE DEL FORMULARIO	OBJETIVO
Hoja de Notificación Inmediata	Se plantea la notificación inmediata de muerte materna ya sea institucional o en la comunidad.
Formulario de Recolección de muertes de Mujeres de 10 a 54 años en las alcaldías	Contar con la información de muertes de mujeres de 10 a 54 años registradas en las alcaldías.
Formulario I: Hoja Filtro	Descartar presencia de embarazo en casos sospechosos en mujeres fallecidas de 10 a 54 años registradas en las alcaldías.
Formulario FII, Cuestionario familiar /Autopsia verbal	Obtener información sobre síntomas, demoras y aspectos sociales de la fallecida por medio de los familiares.
Formulario III -A. Auditoria de muerte materna en Establecimiento de primer nivel	Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionados a consultas y/o control prenatal de la fallecida.
Formulario III -B. Auditoria de muerte materna a nivel del Hospital u hospitales de paso.	Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionado a consultas o estancia hospitalaria de la fallecida.
Formulario III -C. Auditoria de muerte materna a nivel del Hospital donde ocurrió la muerte.	Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionado a la estancia hospitalaria de la fallecida.
Formulario IV. Formulario Resumen.	Se plantea el resumen de la auditoria de la muerte materna desarrollada con el Comité del Sistema de Vigilancia

Fuente : Equipo técnico Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer MSPAS,2008

Anexo No 2. Modelo de Fallas “Prevenibilidad” S. Geller

Evaluación de ingreso a los servicios de salud.	Diagnóstico y/o detección de alto riesgo (proveedor)	Referencia a experto (proveedor)	Tratamiento (proveedor)	Tratamiento jerárquico	Educación	Comunicación	Políticas y procedimientos	Documentación	Egreso
Denegar la atención o citas	Diagnóstico inapropiado	Retraso en referir	Retraso en tratamiento	Fallo en la supervisión de residentes y estudiantes	Conocimientos y/o entrenamiento deficiente	Entre personal médico	Relacionado a resultados de laboratorio	Expedientes clínicos deficientes	Egreso inapropiado
Fallo en ofrecer tratamiento preventivo	Retraso en: 1.Diagnóstico/reconocimiento del estatus “alto-riesgo” 2.Ordenar/y/o analizar pruebas de laboratorio 3.Reconocer signos vitales anormales 4. Reconocer complicaciones quirúrgicas	Fallo en referir	Tratamiento inapropiado	Fallo en consultar a superiores		Entre enfermería y médicos/as.	Pasar por alto normas	Fallo en la estructuración del expediente	Fallo en aconsejar/recomendaciones al paciente
Retraso en la atención/evaluación del paciente	Falla en : 1.Diagnóstico/reconocimiento del estatus “alto-riesgo” 2. Ordenar/y/o analizar pruebas de laboratorio 3. Reconocer signos vitales anormales 4. Reconocer complicaciones quirúrgicas		Fallo en el tratamiento			Entre departamentos/servicios del hospital	Relacionado a horarios		Fallo en seguimiento.
Fallo en obtener una historia médica completa						Entre hospitales	Falta de preparación para urgencia		
						Entre médico/paciente	Relacionado con educación del paciente		

Fuente: Geller SE, Rosenberg Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología , 2004

Anexo No 3

Instructivo del Formulario de Recolección de la Alcaldía de muertes de mujeres de 10 a 54 años.

1. Colocar Región, SIBASI, Establecimiento, Mes informado, año: anotar, según corresponda.
2. Número: anotar secuencia correlativa del caso.
3. Nombre de la Fallecida: Registrar el nombre completo según certificado de defunción.
4. Edad: edad en años
5. Fecha de defunción: día, mes y año en que ocurrió la muerte.
6. Causa Básica de muerte/ Dx. de muerte: anotar el diagnóstico de la causa básica de defunción.
7. Lugar de ocurrencia de la muerte: anotar el lugar donde ocurrió la defunción: casa de habitación, traslado, y anotar el nombre del establecimiento de salud.

Dirección donde vivió: anotar dirección completa de residencia de la fallecida, con puntos de referencia y si tuviera número de teléfono.

Fecha de registro de muerte: anotar la fecha en la cual fue registrada la muerte.

Existencia de embarazo: si, no, o dudoso si en caso que no hubiera datos registrados en la pregunta 13, del registro de defunción.

Establecimiento de salud que le corresponde: se anotará a que Establecimiento de salud corresponde la defunción según AGI.

Total de Nacidos vivos en el mes: registrar los inscritos vivos correspondientes al mes informado.

Fecha de envío: fecha en la cual se envía la información.

8. Nombre de responsable de la información: Anotar de acuerdo a responsable de enviar los datos según nivel de atención.

Anexo No 4

Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE MUERTES DE MUJERES DE 10 A 54 AÑOS REGISTRADAS EN LAS ALCALDÍAS.

Región: _____ SIBASI: _____ Establecimiento: _____

Mes Informado: _____ Año: _____

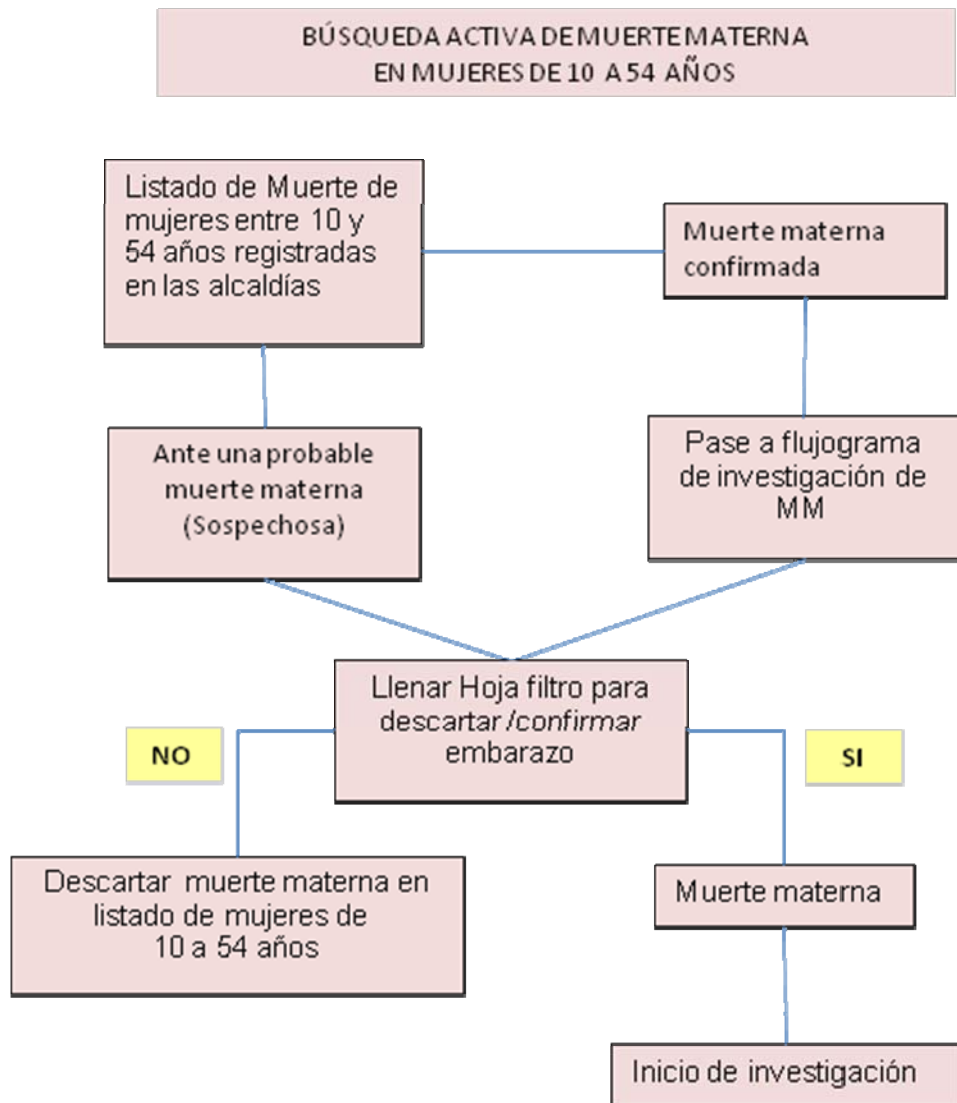
No					Lugar de ocurrencia de la muerte.		Dirección donde vivió.	Fecha de registro en la Alcaldía.	Existencia de embarazo		
	Nombre de fallecida	Edad	Fecha de defunción	Causa básica de defunción	Hosp.	Comunidad			Sí	No	Dudoso
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

Total de nacidos vivos en el mes: _____ Fecha de envío: __/__/__

Responsable de la información: _____

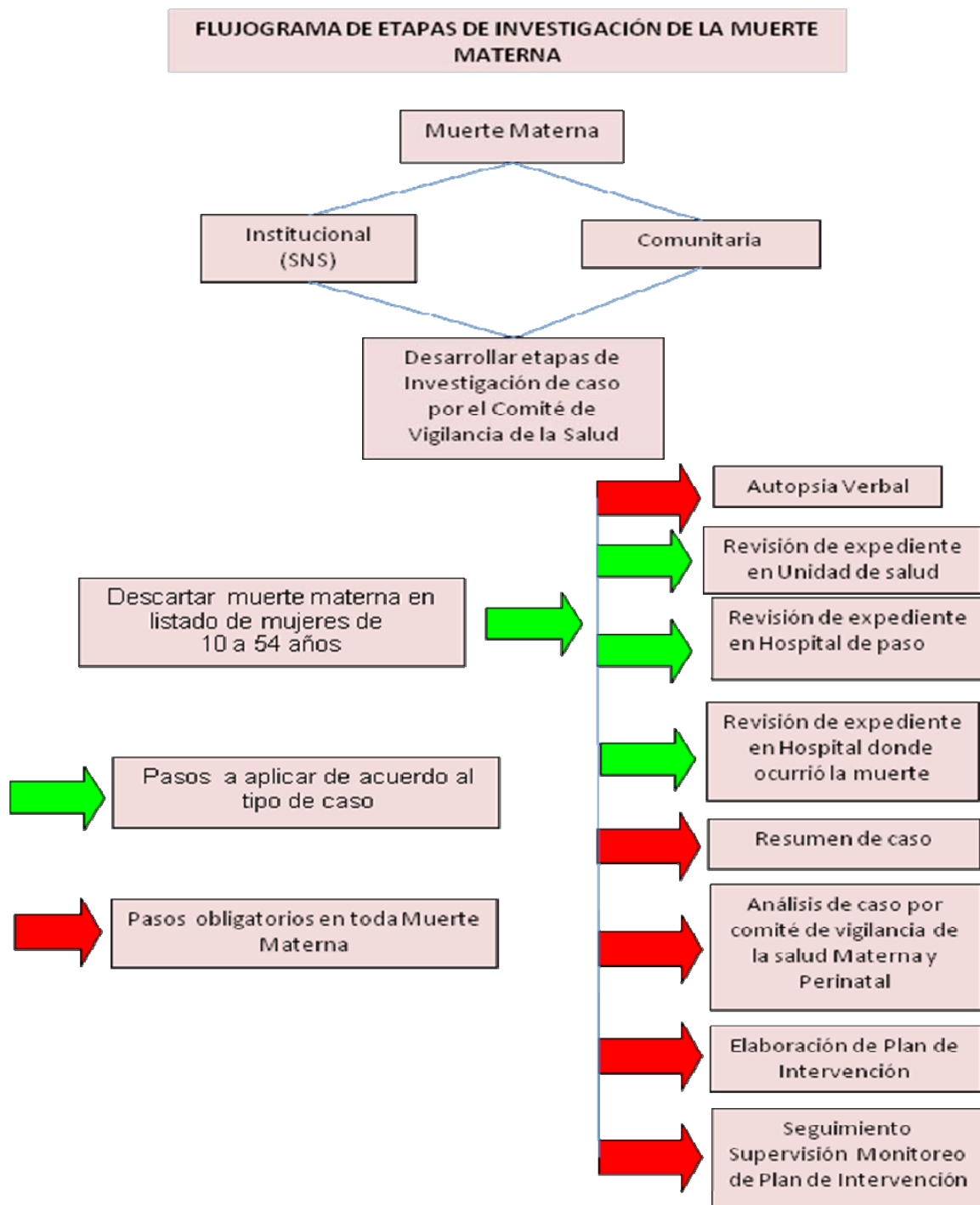
Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer, MSPAS 2008

Anexo No 5
FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES ANTE UNA MUERTE MATERNA



Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/MSPAS, marzo 2009

Anexo No 6



Anexo No. 7
MINISTERIO DE SALUD
FORMULARIO I: HOJA FILTRO

Objetivo:
Descartar presencia de embarazo en casos dudosos, en mujeres fallecidas de 10 a 54 años y registradas en las alcaldías.

Región: _____ SIBASI: _____ Establecimiento de Salud: _____

Fecha de recolección: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Nombre y cargo del responsable del llenado: _____

Alcaldía en la que se recolecta la información:

Departamento: _____ Municipio: _____

Datos de la Fallecida:

Nombre completo de la mujer fallecida: _____

Edad (Años): ____

Dirección completa: _____

Fecha de la defunción: Hora (Formato 24 horas) ____: ____ Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Fecha de registro: (en alcaldía) Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Libro Número (en la alcaldía): _____ Folio: _____ No de partida de defunción ____

Persona que proporcionó datos: _____ Parentesco: _____

Sección para la verificación de embarazo

FECHA DE LA ENTREVISTA Día ____ Mes ____ Año ____

01. ¿Cuál es la relación o parentesco del entrevistado(s) con la mujer fallecida?

02. Nombre del entrevistado (principal): _____

03. ¿Sabe usted de qué falleció la señora: Si ____ No ____

04. Si responde sí, anotar lo que el familiar mencione: _____

05. ¿Recibió atención en salud? Si ____ No ____ No sabe ____ ¿Dónde? _____

06. ¿Quién brindó la asistencia / atención en salud? Médico ____ Enfermera ____

Otro (especificar) _____ No sabe ____

07. ¿Sabe si la señora estaba embarazada al momento de la muerte?

Sí ____ No ____ No sabe ____

08. ¿Sabe si la señora tuvo regla o menstruación en los dos últimos meses, previo a su muerte? Sí ____ No ____ No sabe ____

09. ¿Sabe Ud. si la Sra. estaba en la menopausia, o se le había realizado histerectomía?

Sí ____ No ____ No sabe ____

10. ¿Sabe Ud. si la señora fue esterilizada o utilizaba algún método de PF, antes de fallecer? Sí ____ No ____ No sabe ____

SI LA RESPUESTA 07 ES AFIRMATIVA Y LA 08 ES NEGATIVA, ESTE CASO DEBE LLENARSE LA AUTOPSIA VERBAL.

Termine la entrevista agradeciendo al entrevistado/a por la información.

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

Anexo No 8

Ministerio de Salud

Hoja de Notificación Inmediata de Muerte Materna

Fecha de Notificación: / / Semana de notificación:
SIBASI que Notifica: _____ Código Establecimiento: _____
Establecimiento de Salud: _____
Número de Expediente: _____

Datos de la fallecida

Nombre Completo: _____

Edad:

Dirección: _____

Cantón: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Procedencia: Urbano ☐ Rura ☐ SIBASI Residencia: _____

País: El Salvador ☐ Guatemala ☐ Honduras ☐ Nicaragua ☐

Costa Rica ☐ Panamá ☐ Otros _____

Datos relacionados con el fallecimiento

Fecha de fallecimiento: / / Hora de fallecimiento: Formato 24 Horas.

Semana gestacional: Momento de fallecimiento: Durante Embarazo ☐
Parto ☐
Puerperio ☐

Lugar de fallecimiento: MSPAS ☐ ISSS ☐ Clínica Privada ☐ Casa ☐
Ambulancia ☐ Otros ☐ Especifique Otros _____

Fecha de Parto: / / Hora de parto: Formato 24 Horas

Tipo de parto: Vaginal ☐ Cesárea ☐ Tipo de Muerte: Institucional ☐
Comunitaria ☐

Sitio de defunción si muerte es comunitaria: _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: _____

Causa o antecedentes morbosos que produjera la causa arriba: _____

*Causa básica: _____

Datos Complementarios

Historia obstetricia: G P A V Ocupación: _____

Escolaridad: Preparatoria: 1 a 3ª grado ☐ 4 a 6ª grado ☐ 7 a 9ª ☐ Bachillerato ☐

Técnico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐ Analfabeto ☐

- No usar abreviaturas para asignar causa básica

Fuente : Unidad Nacional de Epidemiología

Anexo No 9

Libro No. _____	REGISTRO DE DEFUNCION	Partida No. _____
1. Nombre y Apellido del Difunto : _____		CAUSA DE DEFUNCION Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.
2. Fecha de la Defunción : Hora _____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____		
3. Lugar de la Defunción: Departamento: _____ ☐ ☐ Municipio : _____ ☐ ☐ Cantón: _____ ☐ ☐		12. Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d). I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente* debido a (o como consecuencia de) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ debido a (o como consecuencia de) debido a (o como consecuencia de) debido a (o como consecuencia de) debido a (o como consecuencia de)
4. Local de la Defunción: Hospital o Clínica: _____ 1 ☐ Casa de Habitación: _____ 2 ☐ Otros: _____ 3 ☐		
5. Sexo: Masculino : 1 ☐ Femenino: 2 ☐		
6. Estado Civil: Soltero: 1 ☐ Casado : 2 ☐ Viudo : 3 ☐ Unido: 4 ☐ Divorciado : 5 ☐ Ignorado: 6 ☐ Impúber: 7 ☐		
7. Edad: Para mayores de 1 año (años cumplidos) : _____ Para menores de 1 año : Minutos: _____ Horas: _____ Meses: _____ Días: _____ Complete: Madre casada : Si: 1 ☐ No: 2 ☐ Edad de la madre _____ Duración del Embarazo : _____		II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.
8. Ocupación Habitual _____		* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo debilidad cardíaca, asenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.
9. Jubilado o Pensionado Si: 1 ☐ No: 2 ☐		13. Solo para Sexo Femenino (12 a 50 años): Existía embarazo al momento de su muerte: Si: 1 ☐ No: 2 ☐ Existió embarazo un año antes de su muerte: Si: 1 ☐ No: 2 ☐
10. Lugar de Residencia del Fallecido (menores de 1 año, indicar residencia de la madre) Departamento o País: _____ ☐ ☐ Municipio : _____ ☐ ☐ Cantón : _____ ☐ ☐		MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTAL 14. Accidente: 1 ☐ Suicidio: 2 ☐ Homicidios: 3 ☐ 15. Causas de Muerte: Arma de fuego: 1 ☐ Arma blanca: 2 ☐ Caída: 3 ☐ Ahogamiento: 4 ☐ Acc. de Tránsito: 5 ☐ Envenenamiento: 6 ☐ Artefacto: 7 ☐ Ahorcamiento o estrangulamiento: 8 ☐ Por objeto: 9 ☐ Explosivo: 7 ☐ Contundente: 9 ☐ Otro: _____ 0 ☐
11. Fecha de Registro: _____		CERTIFICACION Y ASISTENCIA MEDICA 16. Tuvo Asistencia Médica durante su enfermedad : Si: 1 ☐ No: 2 ☐ Defunción certificada por Médico: Si: 1 ☐ No: 2 ☐
17. Observaciones _____		

Fuente : Dirección General de Estadísticas y Censos, El Salvador, C.A.

Objetivo:
Obtener información sobre síntomas, demoras y aspectos sociales de la fallecida por medio de los familiares.

2. ¿Dónde recibió su control, (anotar los diversos lugares que consultó)?

3. ¿Tiene el carné materno perinatal de la fallecida (solicitarlo)? Si ____ No ____
4. ¿Cuántos meses de embarazo tenía la señora cuando se inscribió en el control prenatal? _____
5. ¿Cuántos controles prenatales tuvo ella durante su embarazo? N° de controles ____ No sabe ____
6. ¿Tuvo algún problema durante el embarazo? Si ____ No ____ No sabe ____
7. Si lo(s) tuvo ¿cuál(es)? _____
8. ¿Conocían ustedes el **Plan de Parto** (solicitar el carné)? Si ____ No ____ No sabe ____

➤ **DATOS DEL PARTO**

1. ¿Donde tuvo el parto la señora? MSPAS ____ Hospital ____ U/Salud ____ Casa de salud ____
Casa con partera ____ ISSS ____ Privado ____ Otro _____
2. ¿Quién la atendió (ocupación)? _____
3. ¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto? Horas ____ Días ____ No Sabe ____
4. ¿Rompió fuente la señora? Si ____ No ____ No sabe ____
5. Si rompió la fuente, ¿cuánto tiempo antes del parto? Horas ____ Días ____ No Sabe ____
6. ¿El parto fue normal o cesárea? Vaginal ____ Cesárea ____ No sabe ____
7. ¿Que parte del cuerpo del bebe salió primero?
La cabeza ____ Las nalgas ____ Los pies ____ Los brazos ____ No sabe ____
8. ¿Este niño/a está vivo/a? Si ____ No ____ No sabe ____
9. Condición actual del niño/a (si está vivo/a): Sano ____ Enfermo ____ No sabe ____
10. Si el niño/a falleció, ¿en qué momento?
Durante el embarazo (mortinato) ____ Durante el parto ____ Post parto ____

SECCION B

CAUSAS DIRECTAS E INDIRECTAS.

Esta parte corresponde a algunos problemas de salud que la sra. presentó antes de fallecer.
Explorar solamente la sección que corresponda según información proporcionada por la familia

Sección B1: Preeclampsia/Eclampsia
Sección B2: Hemorragia
Sección B3: Fiebre o infección
Sección B4: Otros problemas.

B-1. PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.

Síntomas	Sí	No
Dolor de cabeza severo		
Dolor en la boca del estómago (epigastralgia)		
Visión borrosa, como estrellitas o luces.		
Hinchazón en la cara o manos		
Presión arterial elevada		
Ataques o convulsiones		
Padecía ataques antes de su embarazo		
Tenía tratamiento para los ataques		

1. Si presentó ataques, ¿sabe usted en qué momento los presentó? Antes del embarazo ____ Antes del parto ____
____ Durante el parto ____ Después del nacimiento del bebé ____ No sabe ____
2. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento del bebé presentó las convulsiones?
Minutos ____ Horas ____ Días ____ No Sabe ____
3. ¿Tomó la señora algún medicamento? Si ____ No ____ No sabe ____
Si tomó algún medicamento, ¿cuál? _____

B-2. HEMORRAGIA

1. ¿Antes de fallecer, sabe usted si la señora presentó sangrado o hemorragia vaginal?
Si ____ No ____ No sabe ____
2. Si lo presentó, ¿en qué momento?
Antes del nacimiento ____ Después del nacimiento ____
Antes y después del nacimiento del bebé ____ No sabe ____
3. ¿Con el sangrado o hemorragia vaginal, sintió dolor? Si ____ No ____ No sabe ____
Características (Sangrado color, dolor continuo o constante, contracciones uterinas)

4. ¿Cuánto tiempo antes del nacimiento del bebé empezó este sangrado?
Minutos ____ Horas ____ Días ____ No Sabe ____
5. ¿Alguien le hizo un examen vaginal cuando sangró? Si ____ No ____ No sabe ____
6. ¿Después del examen aumentó el sangrado (hemorragia)? Si ____ No ____ No sabe ____
7. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento del bebé empezó el sangrado?
Minutos ____ Horas ____ Días ____ No Sabe ____
8. ¿Cuánto tiempo duró el sangrado? Horas ____ Días ____ No Sabe ____
9. Después del nacimiento del bebé, ¿la placenta salió espontáneamente o se quedó retenida? Espontáneamente
____ Se quedo retenida ____ No sabe ____
10. ¿Cuánto tiempo se quedó retenida? Minutos ____ Horas ____ Días ____ No Sabe ____
11. Después del nacimiento del bebé, ¿la matriz o útero estaba dura o blanda?
Dura ____ Blanda ____ No sabe ____
12. Cuando salió el bebé, ¿tuvo desgarro vaginal /perineal? Si ____ No ____ No sabe ____
13. Tomó la señora algún medicamento? Si ____ No ____ No sabe ____
Si tomó algún medicamento, ¿cuál? _____

B-3. FIEBRE O INFECCION

1. ¿Antes de morir, presentó fiebre o calentura? Si ____ No ____ No sabe ____
2. ¿Sabe usted en qué momento se presentó la fiebre o calentura?
Antes del parto ____ Durante el parto ____ Después del parto ____ Antes del aborto ____
Durante el aborto ____ Después del aborto ____ No sabe ____
3. ¿Cuánto tiempo antes del parto o aborto presentó fiebre o calentura?
Horas ____ Días ____ Semanas ____ No sabe ____
4. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento del bebé presentó la fiebre o calentura?
Horas ____ Días ____ Semanas ____ No Sabe ____
5. ¿Cuando presentó la fiebre, tuvo flujo vaginal maloliente? Si ____ No ____ No sabe ____
6. ¿Cuánto tiempo después presentó el flujo vaginal maloliente?
Horas ____ Días ____ No Sabe ____
7. ¿Tenía dolor de espalda, cintura, vientre u otro lugar? Si ____ No ____ No sabe ____
Si tenía dolor, señale el lugar: _____
8. ¿Tomó la señora algún medicamento? Si ____ No ____ No sabe ____
9. Si tomó algún medicamento, ¿cuál? _____

B-4. OTROS PROBLEMAS

1. ¿Cuándo murió la señora estaba de color amarillo? Si ____ No ____ No sabe ____
2. Si estuvo de color amarillo, ¿cuánto tiempo antes?
Horas ____ Días ____ Semanas ____ Meses ____ No Sabe ____

3. ¿Sabe usted si la señora tomó o se inyectó algún veneno? Si ____ No ____ No sabe ____
¿Qué tomó o se inyectó? _____
4. ¿Sabe usted si la señora se colocó algo a nivel genital? Si ____ No ____
No sabe ____ ¿Qué se colocó? _____
5. ¿Tenía la señora problemas respiratorios o dificultad para respirar?
Si ____ No ____ No sabe ____
6. Si tuvo problemas para respirar, ¿cuánto tiempo antes de fallecer? _____
7. ¿La señora presentó dificultad para realizar sus ocupaciones habituales por este problema?
Si ____ No ____ No sabe ____
8. Si tuvo problemas de respiración, descríbalos (**marque todas las que aplican**).
Le silbaba o le chillaba el pecho ____ Hacía ruido al respirar ____ Se le hundía el pecho ____ Respiración
rápida ____ Dificultad para comer o beber ____ Ataques de tos ____ Se ponía morada ____ Otra, especifique

9. ¿La señora se veía pálida? Si ____ No ____ No sabe ____
10. ¿Tuvo problemas de varices o venas saltadas? Si ____ No ____ No sabe ____
11. ¿Tuvo dolores en las piernas? Si ____ No ____ No sabe ____
12. ¿La señora había adelgazado o había perdido peso? Si ____ No ____
No sabe ____
Si había adelgazado, ¿cuánto tiempo antes de morir notó que ella había adelgazado? Días ____
Semanas ____ Meses ____ No Sabe ____
13. ¿Cuántas libras de peso más o menos había perdido la señora? _____
14. ¿Sufrió ella de diarrea? Si ____ No ____ No sabe ____
Si tuvo diarrea, ¿cuánto tiempo antes de fallecer?
Horas ____ Días ____ Semanas ____ Meses ____ No Sabe ____
15. Si tuvo diarrea, ¿cuánto tiempo le duró?
Horas ____ Días ____ Semanas ____ Meses ____ No Sabe ____
16. ¿Sabe si la señora tuvo otro(s) problema(s) que no ha mencionado todavía?
Si ____ No ____ No sabe ____
Si tuvo otros problemas, descríbalos:

17. ¿Sabe si la señora recibió asistencia en salud? Sí ____ No ____ No sabe ____
18. Mencione el tratamiento recibido:

19. ¿Dónde recibió tratamiento o asistencia médica?

SECCIÓN C.

DEMORAS

1. ¿Sabía la señora o su familia que tenía problemas de salud o que ella estaba enferma?
Si ____ No ____ No sabe ____
2. ¿Decidió buscar ayuda? Si ____ No ____ No sabe ____
3. ¿En cuánto tiempo tomó la decisión de buscar ayuda? Minutos ____ Horas ____ Días ____ Semanas ____
Meses ____ No Sabe ____
4. ¿Consideraba la Sra. o su familia que su problema de salud era muy grave o grave, y que podía ocasionarle la muerte? Si ____ No ____ No sabe ____
5. ¿Quién(es) se dio (dieron) cuenta que la señora necesitaba buscar ayuda para su problema?

6. Si no buscó ayuda, ¿cuál fue la razón principal? _____

7. ¿Cuándo decidió buscar ayuda o atención en salud, mencione **todos** los lugares a donde fue (Institucional o comunitario) _____

Lugares que consultó o visitó.

¿Qué opción en Salud busco para recibir atención en salud?

Primero: _____

Segundo: _____

Tercero: _____

- ¿Cuál fue la causa de muerte según la persona que la atendió en el Establecimiento de Salud?

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuando salió embarazada la señora, deseaba tener un hijo? Sí ___ No ___ No sabe ___
2. ¿Estaba la señora planificando antes del embarazo? Si ___ No ___ No sabe ___
3. Si estaba planificando ¿Con qué método?
 Inyectables ___ Orales ___ Barrera (Condomes) ___ Naturales ___ DIU ___
 Otros _____ No sabe ___
4. ¿Dónde obtenía el método (especificar)? _____
5. ¿Existió falla del método? Si ___ No ___ No sabe ___
6. ¿Cuál fue el nivel educativo y año aprobado más alto de la fallecida?
 Ninguno ___ Básica (1° a 9°) ___ Carrera Técnica ___ Bachillerato (1° a 3°) ___
 Superior, no universitario ___ Superior, universitario ___ No sabe ___
7. ¿La señora trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?
 Si ___ No ___ No sabe ___
8. Si trabajaba anotar ocupación y lugar de trabajo _____
9. Ingreso en dólares _____
10. Número de personas en el hogar: _____

SERVICIOS BASICOS

Agua: Chorro particular ,Chorro compartido Chorro público (común), Chorro de vecino, Pozo público, Río, lago o manantial, De pipa Pozo privado	Anotar
Tipo de vivienda: Casa independiente, Apartamento, Pieza de casa individual, Pieza de mesón, Rancho o choza, Vivienda improvisada.	
Vivienda: Propia ,Alquilada Prestada	
Para cocinar utilizan: No cocinan ,Electricidad, Gas propano, Gas (kerosén) Leña	
Servicio sanitario: No tiene, Letrina, Inodoro (de lavar).	
Techo : Concreto (plafón), Teja barro/cemento, Lámina de asbesto (duralita) Lámina metálica, Paja/palma, Plástico/cartón	
Paredes Concreto (Mixto) Bahareque Adobe Madera Lámina Paja/palma Plástico/cartón	
Piso Ladrillo de cemento Ladrillo de barro Cemento Tierra	
Basura: Servicio municipal, la entierran, la queman, la tiran al patio/solar, La tiran al río/quebrada	
En la vivienda existe: Luz eléctrica, Televisor, Refrigeradora, Teléfono fijo, Teléfono celular, Automóvil	

¿De qué cree que murió la señora?

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

Anexo No. 11

MINISTERIO DE SALUD

**Formulario III-A. Auditoria de muerte materna en el
Establecimiento del primer nivel de atención.**

Objetivo:

Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionados a consulta/s y/o Control Prenatal de la fallecida.

1. Fecha del informe: _____
 2. Nombre de la persona responsable del llenado: _____
 3. Nombre de Establecimiento: _____
 4. Nombre de la fallecida: _____
 5. Domicilio (Dirección completa y teléfono): _____
 6. No de Expediente: _____
 7. Edad: _____
 8. Formula obstétrica: G: _____ P: _____ P: _____ A: _____ V: _____
 9. FUR: _____ FPP: _____
 10. Amenorrea: _____ Semanas.
- Cesárea previa: Sí _____ No _____
- Para este embarazo consultó este establecimiento: Sí _____ No _____
- Motivo por el que consultó: _____

Fue referida a este establecimiento por:

- a. Líder comunitario.
- b. Partera.
- c. Promotor de Salud.
- d. Otro. Especifique _____
- e. No fue referida

De este establecimiento la refirieron a otro lugar: Sí _____ No _____

¿A dónde la refirieron? Marque la que corresponde:

- a. Hospital General (Segundo Nivel)
- b. Hospital Regional
- c. Hospital Nacional (Tercer Nivel)
- d. Otro, especifique _____

Motivo de la referencia (especificar la causa): _____

Fecha y hora de referencia: _____

CONTROL PRENATAL

Control prenatal: Sí _____ No _____

Donde llevo sus controles prenatales: _____

Quien le llevó los controles prenatales: (Anotar)

Control prenatal por:	No. de Controles
Ginecólogo:	
Médico General:	
Enfermera:	
Aux. de enfermería:	

Técnico Materno infantil:	
Total de los controles prenatales	

Antecedentes personales y familiares:

Patología	Personales		Familiares		No evaluados
	si	No	si	No	
Diabetes					
HTAC					
Tuberculosis					
Preeclampsia/ Eclampsia					
VIH					
Cardiopatía					
Neuropatía					
Otros					

Resumen de control prenatal:

Talla: _____ Peso antes del embarazo: _____

Número de dosis de Toxoide tetánico aplicadas: _____

No.	Fecha	Edad gesta.	Peso	TA	AU	Presentación	FCF	Signos de alarma, tratamientos, factores de riesgo

Existe ficha de Plan de Parto en el expediente: Sí

☐ No

☐

En el Plan de Parto están consignadas las 6 áreas básicas. Marque **X** en la/s que fueron investigadas:

1. Quién cuidará la casa y los hijos en su ausencia.
2. Cuenta con financiamiento para transporte.
3. Persona que la trasladará al hospital.
4. Identificación de la persona que la acompañará a su atención del parto.
5. En caso de necesitar transfusión hay donantes identificados.
6. Fue informada sobre los signos y síntomas de peligro y se le orientó sobre que hacer.

Valores de exámenes de laboratorio.

Prueba	Fecha	Resultados	Fecha	Resultados
Hb <20 semanas				
Hb ≥20 semanas				
EGO				
HIV				
VDRL				
Tipo y Rh				
Otro(s)				

Se dio seguimiento a los resultados anormales de los exámenes

Sí _____ No _____

¿Cual fue? _____

USG (Fecha y resultado) _____

Antes de este embarazo, ¿Utilizó la fallecida un método anticonceptivo?

Sí ____ No ____ No datos ____

Qué método: _____ Donde le abastecían: _____

Existió falla del método anticonceptivo: Sí ____ No ____ No datos ____

Existencia de condiciones de riesgo o morbilidad durante este embarazo:

Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Existieron hospitalizaciones o visitas a emergencia durante el embarazo.

¿Fue referida a especialista durante su control? Sí No

Tipo de Especialista: _____

Motivo de referencia. _____

Asistió a la cita de referencia. Si respuesta es "No", ¿Por qué no acudió?

Resumen revisión de expediente

Nombres y cargos del personal que revisó el expediente:

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009.

Anexo No. 12

MINISTERIO DE SALUD UNIDAD DE ATENCION EN SALUD A LA MUJER

Formulario III-B

AUDITORIA DE MUERTE MATERNA A NIVEL DE HOSPITAL DE PASO

Objetivo:

Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionado a consulta/s o estancia hospitalaria de la fallecida.

Fecha del informe: _____

Nombre del Hospital: _____

Nombre de la fallecida: _____

Domicilio (Dirección completa y teléfono):

No de Expediente: _____

Edad: _____

Fecha y hora de ingreso: _____

Fecha y hora de egreso: _____

Tiempo de estancia en el Hospital: Horas _____ Días _____

Formula obstétrica: G: _____ P: _____ P: _____ A: _____ V: _____

FUR: _____ FPP: _____

Amenorrea: _____ Semanas.

EMBARAZO ACTUAL

Condición del feto al nacer (nacido vivo, nacido muerto, aborto, embarazo ectópico, o enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT)). **Si no tuvo parto en este hospital, fue aborto, ectópico, o EGT, pasar a sección de "Oportunidad..."**.

Fecha y hora cuando empezaron los dolores de parto.

Fecha y hora de ruptura prematura de membranas (RPM).

¿Se realizó inducción del trabajo de parto?

Sí _____ No _____ No datos _____

¿Con que medicamento o método? (Especificar) _____

¿Se realizó conducción del trabajo de parto?

Sí _____ No _____ No datos _____

¿Con que medicamento o método? (Especificar)

Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____

Si fue parto por cesárea, ¿cual fue su indicación?: _____

Tipo de anestesia/analgesia obstétrica:

a. En Labor _____

b. Al parto _____

Indicación de la anestesia: _____

Otros procedimientos quirúrgicos _____

Tipo de anestesia/analgesia para otros procedimientos _____

Días entre la terminación del embarazo y otros procedimientos quirúrgicos

Fecha y hora de parto: _____

Se llevó adecuadamente partograma: Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", ¿por qué? _____

Tiempo de trabajo de parto (en horas): _____

Se realizó manejo activo del tercer periodo: Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", ¿por qué? _____

Número de recién nacidos: _____

	Recién Nacido 1	Recién Nacido 2
Presentación fetal		
Apgar (1-5 min.):		
Peso (gr.):		
Talla (cm.):		
Sexo:		

RN con defectos congénitos: Sí _____ No _____ No dato _____

¿Cuál? _____

OPORTUNIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y TOMA DE DECISIÓN:

¿Mediante qué mecanismo se presentó la usuaria al hospital?

Referida por promotor	
Referida por partera capacitada	
Referida de Unidad de Salud (especificar)	
Referida de otro Hospital (especificar)	
Referida por médico privado	
Acudió espontáneamente	
Otros	

Existe algún documento de referencia en el expediente clínico:

Si _____ No _____

Fecha y hora en que la usuaria fue referida:

Hora: ____:____ Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Signos y Síntomas y Diagnóstico en el establecimiento que refiere:

Manejo en el establecimiento que refiere:

¿Cuál fue la causa de referencia (causas médicas y no médicas)? (Especificar)

Mencione que factores dificultaron su referencia:

Hora de:

a. Inicio de síntomas

_____ Hr. / día / mes No Datos

b. Llegada a este hospital:

_____ Hr. / día / mes No Datos

c. Atención recibida a partir de:

_____ Hr. / día / mes No Datos

Describe la condición en que recibió a la usuaria una vez que llegó al hospital

Sin complicaciones	
Con complicaciones	
Condición deteriorada (Inestable)	

o Signos y síntomas que presentó a su ingreso al hospital

Trabajo de parto / Actividad uterina	
Hemorragia o sangrado transvaginal	
Retención placentaria	
Cefalea	
Visión borrosa	
Convulsiones / amaurosis (ceguera)	
Edema de cara y/o manos	
Trastornos de conciencia	
Fiebre	
Disminución o ausencia de movimientos fetales.	
Tensión arterial elevada	
Ruptura prematura de membranas	
Signos de intoxicación	
Otros	

Antecedentes Personales: _____

Signos Vitales a su ingreso:

T.A.: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ AU: _____ FCF: _____

¿Quién brindó la primera asistencia?

M. Gineco obstetra	
M. Residente en formación de especialista	
M. General	
M. Servicio Social	
Enfermera	
M. Interno	
Otro	

¿Cuál fue la impresión diagnóstica inicial?

Indicaciones al ingreso

CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA CALIDAD DE ATENCIÓN:

¿Durante su estancia hospitalaria en que servicios estuvo la paciente? especificar tiempo de estancia.

Tipo de personal médico que brindó seguimiento durante su hospitalización

Ginecólogo-Obstetra	
M. Residente en formación	
M. General	
M. Servicio Social	
M. Interno.	
Otros	

Tratamientos, procedimientos o exámenes realizados durante su hospitalización (incluir resultado, fecha y hora). Incluir interconsultas con otras especialidades.

¿De las siguientes condiciones, cuáles se presentaron durante el seguimiento (desde su ingreso)?

Medicamentos que fueron ordenados y no administrados para resolver la emergencia

obstétrica _____

Existieron procedimientos que fueron ordenados y no efectuados para resolver la emergencia

obstétrica _____

Existieron exámenes de laboratorio que fueron ordenados y no efectuados para resolver la emergencia obstétrica

Otro, describir _____

Sufrió alguna complicación durante su estancia hospitalaria, ¿cuál y plan de manejo? (incluir fecha y hora)

¿Cuánto fue el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esta complicación y el inicio de su tratamiento?

Horas: _____ Minutos: _____ No Datos: _____

Notas de evolución de importancia en el manejo del caso (incluir fecha y hora)

Fecha y hora en que la usuaria fue referida a otro hospital de mayor complejidad:

Hora: ____:____ Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Referida hacia: _____

Diagnóstico y motivo de referencia: (Especificar) _____

Resumen de auditoría médica _____

Nombres y cargos del personal que revisó expediente: _____

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

Anexo No. 13

MINISTERIO DE SALUD

Formulario III-C

AUDITORIA DE EXPEDIENTE EN HOSPITAL

DONDE OCURRIÓ LA MUERTE

Objetivo:

Obtener datos consignados en el expediente clínico relacionados a estancia hospitalaria de la fallecida.

Fecha del informe: _____

Nombre del Hospital: _____

Nombre de la fallecida: _____

Domicilio (Dirección completa y teléfono):

No de Expediente: _____

Edad: _____

Fecha y hora de ingreso: _____

Fecha y hora de defunción: _____

Tiempo de estancia en el Hospital: Horas _____ Días _____

¿Cuándo ocurrió la muerte?	
Fin de semana	
Día festivo	
Turno de noche	

Formula obstétrica: G: _____ P: _____ P: _____ A: _____ V: _____

FUR: _____ FPP: _____

Amenorrea: _____ Semanas.

Puérpera: Sí ☐ No ☐

¿En que momento falleció la señora?

Durante el embarazo.....☐

Después del aborto.....☐

Durante el parto

1° periodo.....☐

2° periodo.....☐

3° periodo.....☐

Después del parto

Post parto inmediato.....☐

Post parto mediato.....☐

Post parto tardío.....☐

EMBARAZO ACTUAL

Condición del feto al nacer (nacido vivo, nacido muerto, aborto, embarazo ectópico, o enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT)). **Si no tuvo parto, fue aborto o embarazo ectópico, pasar a sección "Oportunidad..."**

Fecha y hora cuando empezaron los dolores de parto.

Fecha y hora de ruptura prematura de membranas (RPM).

¿Se realizó inducción del trabajo de parto?

Sí _____ No _____ No datos _____

¿Con que medicamento? (Especificar) _____

¿Se realizó conducción del trabajo de parto?

Sí _____ No _____ No datos _____

¿Con que medicamento? (Especificar) _____

Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____

Si fue parto por cesárea, ¿cual fue su indicación?: _____

Tipo de anestesia/analgesia obstétrica:

a. En Labor _____

b. Al parto _____

Indicación de la anestesia: _____

Otros procedimientos quirúrgicos _____

Tipo de anestesia/analgesia para otros procedimientos _____

Días entre la terminación del embarazo y otros procedimientos quirúrgicos _____

Fecha y hora de parto: _____

Se llevó adecuadamente partograma: Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", ¿por qué? _____

Tiempo de trabajo de parto (en horas): _____

Se realizó manejo activo del tercer periodo: Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", ¿por qué? _____

Número de productos: _____

	Recién Nacido 1	Recién Nacido 2
Presentación fetal		
Apgar (1-5 min.):		
Peso (gr.):		
Talla (cm.):		
Sexo:		

RN con defectos congénitos: Sí ☐ No ☐ No dato ☐

¿Cuál? _____

OPORTUNIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y TOMA DE DECISIÓN:

¿Mediante qué mecanismo se presentó la usuaria al hospital donde falleció?

Referida por promotor	
Referida por partera capacitada	
Referida de Unidad de Salud (especificar)	
Referida de otro Hospital (especificar)	
Referida por médico privado	
Acudió espontáneamente	
Otros	

Existe algún documento de referencia en el expediente clínico:

Si ☐ No ☐

Fecha y hora en que la usuaria fue referida:

Hora: ____:____ Día: ____ Mes: ____ Año: ____

¿Cuál fue la causa de referencia (causas médicas y no médicas)? (Especificar)

Mencione que factores dificultaron su referencia:

Hora de:

Inicio de síntomas

____ hrs. / día / mes No Dato

Llegada al hospital:

____ hrs. / día / mes No Dato

Atención recibida a partir de:

____ hrs. / día / mes No Dato

o Describa la condición en que recibió a la usuaria una vez que llegó al hospital

Sin complicaciones	
Con complicaciones	
Condición deteriorada (Inestable)	

Signos y síntomas que presentó a su ingreso al hospital

Trabajo de parto / Actividad uterina	
Hemorragia o sangrado transvaginal	
Retención placentaria	
Cefalea	
Visión borrosa	
Convulsiones / amaurosis (ceguera)	
Edema de cara y/o manos	
Trastornos de conciencia	
Fiebre	
Disminución o ausencia de movimientos fetales.	
Tensión arterial elevada	
Ruptura prematura de membranas	
Signos de intoxicación	
Otros	

Antecedentes personales:

Signos Vitales a su ingreso:

T.A. : ____ FC : ____ FR : ____ T° : ____ AU : ____ FCF : ____

¿Quién brindó la primera asistencia?

M. Gineco-obstetra	
M. Residente en formación de especialista	
M. General	
M. Servicio Social	
Enfermera	
M. Interno	
Otro: _____	

¿Cuál fue la impresión diagnóstica inicial?

Indicaciones al ingreso

CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA CALIDAD DE ATENCIÓN:

¿Durante su estancia hospitalaria en que servicios estuvo la paciente? Especificar tiempo de estancia.

Tipo de personal médico que brindó seguimiento durante su hospitalización

Ginecólogo-Obstetra	
M. Residente en formación de especialista	
M. General	
M. Servicio Social	
M. Interno.	
Otros	

Tratamientos, procedimientos o exámenes realizados durante su hospitalización (incluir resultado). Incluir interconsultas con otros especialistas.

¿De estas condiciones, cuáles se presentaron durante el seguimiento (desde su ingreso) a la usuaria?

Medicamentos que fueron ordenados y no administrados para resolver la emergencia
obstétrica _____

Existieron procedimientos que fueron ordenados y no efectuados para resolver la emergencia
obstétrica _____

Existieron exámenes de laboratorio que fueron ordenados y no efectuados para resolver la emergencia obstétrica

Otro, describir _____

Sufrió alguna complicación durante su estancia hospitalaria, ¿cuál y plan de manejo? (incluir fecha y hora)

¿Cuánto fue el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esta complicación y el inicio de su tratamiento?

Horas: _____ Minutos: _____ No Datos: _____

Notas de evolución de importancia en el manejo del caso (incluir fecha y hora)

¿Si falleció por una causa obstétrica, la complicación fue dada?

Antes de su ingreso	
Durante su estancia hospitalaria.	

¿Cuál fue la causa básica de muerte?

Tipo de muerte

Obstétrica Directa	
Indirecta	
No relacionada con el embarazo	

Se hizo necropsia: Sí _____ No: _____

Si se realizó necropsia, escribir resultado:

Resumen de auditoria médica

Nombres y cargos de personas que revisaron el expediente

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

ANEXO No. 14

MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO IV: RESUMEN AUDITORIAS DE MUERTE MATERNA.

Objetivo:

Resumen de los eventos ocurridos determinantes en la ruta de la muerte materna.

Región donde ocurrió la muerte materna: _____

SIBASI donde ocurrió la muerte materna: _____

Fecha de Auditoria: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Institución de donde procede la muerte materna: _____

Alcaldía en la que se registra la muerte materna:

Región: _____ SIBASI: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Datos de la Fallecida:

Nombre completo de la mujer fallecida: _____

Edad (Años): ____

Dirección completa de residencia: _____

Región (residencia) : _____ SIBASI(residencia): _____

Departamento (residencia): _____ Municipio (residencia): _____

Fecha de la defunción: Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Hora (Formato 24 horas): ____

Fecha de registro: (en alcaldía) Día: ____ Mes: ____ Año: ____

Libro Número (en la alcaldía): ____ Folio: ____ N° de partida de defunción ____

- Lugar donde ocurrió la muerte: Hospitalaria ____ Comunitaria: ____
- Institución a la que pertenece: _____
- Hospital donde falleció (anotar el nombre): _____
- Cuando ocurrió la muerte, si fue Hospitalaria:
Fin de semana ____ Turno de noche ____ Día festivo ____ Día Normal ____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Cuál fue el nivel educativo y año aprobado más alto de la fallecida?

Ninguno ____ Básica (1° a 9°) ____ Carrera Técnica ____ Bachillerato (1° a 3°) ____

Superior, no universitario ____ Superior, universitario ____ No sabe ____ Estado civil:

Soltera: ____ Unión libre: ____ Casada: ____ Divorciada: ____ Viuda: ____

- Trabajo remunerado: Si ____ No: ____
- Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
- Nivel socioeconómico: Alto: ____ Medio: ____ Bajo: ____
- Formula obstétrica: G ____ P ____ A ____ V ____

FUR _____ FPP _____ Amenorrea _____ Semanas

Fue confirmado la FPP por ultrasonografía Si _____ No _____

CONTROL PRENATAL

- Control prenatal: Sí _____ No _____
- Donde llevo sus controles prenatales: 1. _____ 2. _____ 3. _____

(Se anotara en la base de datos en donde tuvo el mayor número de controles)

- Inscripción Prenatal: Precoz _____ Tardía _____
- Número de controles prenatales: menos de 5 _____ de 5 a 10 _____ más de 10 _____
- Quien le llevó los controles prenatales:

Control prenatal por:	No. de Controles
Ginecólogo:	
Médico General:	
Enfermera:	
Aux. de enfermería:	
Técnico Materno infantil:	
Total de los controles prenatales	

(Anotar en la base, la disciplina quien le llevo el mayor número de controles).

- ¿Embarazo deseado? Sí _____ No _____
- ¿Utilizaba la fallecida un método anticonceptivo? Sí _____ No _____

Qué método: _____ Donde le abastecían: _____

Existió falla del método anticonceptivo: Sí _____ No _____

- Se detecto embarazo de riesgo : Sí _____ No _____
- Cual riesgo de morbilidad durante el embarazo: _____
- Existe ficha de Plan de Parto en el expediente: Sí _____ No _____

PARTO

- ¿En que momento falleció la señora?

Durante el embarazo _____ Después del aborto _____
Durante el parto _____ Después del parto _____

- Si falleció durante el parto:
1° periodo _____ 2° periodo _____ 3° periodo _____

- Si falleció después del parto:
Post parto inmediato: _____ Post parto mediano: _____ Post parto tardío: _____

¿Donde tuvo el parto la señora?

Hospital: _____ (anotar en base MSPAS, ISSS, ISBM o COSAM)

Hospital Privado: _____ Unidad de Salud _____ Casa de salud _____

Casa de habitación _____ Otro _____ No tuvo parto* _____

- Personal que asistió a la terminación del embarazo:

Ella sola : _____ Familiar: _____ Partera empírica: _____ Enfermera: _____
Estudiante de medicina: _____ Médico general: _____ Residente general: _____
Residente en formación de especialista: _____ Especialista en G y O

- El parto fue: Vaginal _____ Cesárea _____
- Si el parto fue por cesárea, ¿cual fue su indicación?: _____

Tipo de anestesia utilizada: _____

Fecha de parto: Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Hora de parto: ____

Se llevó adecuadamente partograma: Sí ____ No ____

Tiempo de trabajo de parto (en horas): ____

Se realizó manejo activo del tercer periodo: Sí ____ No ____

Otros procedimientos quirúrgicos obstétricos: ____

Tipo de anestesia/analgesia para otros procedimientos ____

RECIENTE NACIDO

Condición al nacer:

	Recién Nacido 1	Recién Nacido 2
Presentación fetal		
Apgar primer minuto		
Apgar a los 5 minutos		
Peso (gramos):		
Talla (cm.):		
Sexo:		

- Condición actual del niño/a (si está vivo/a): Sano ____ Enfermo ____
- Si el niño/a falleció, ¿en qué momento?
Durante el embarazo (mortinato) ____ Durante el parto ____ Post parto ____
- RN con defectos congénitos: Sí ____ No ____

MANEJO

- Lugar donde se inicio la complicación:

Casa de habitación: ____ En transito ____ En casa con Partera: ____

Unidad de Salud: ____ Hospital 2º nivel ____ Hospital Regional: ____

Hospital de Especialidades: ____

- ¿Mediante qué mecanismo se presentó la usuaria cuando inicio la complicación y recibió ayuda?

Referida por promotor	
Referida por partera capacitada	
Referida de r U/S (especificar)	
Referida de otro Hospital (especificar)	
Referida por medico privado	
Acudió espontaneamente	
Otros	

- En que condición llego al Establecimiento de Salud (U/S u Hospital):
Sin complicaciones: ____ Complicada, pero estable: ____
Complicación deteriorada (inestable): ____
- Fue referida a otro Establecimiento de Salud (Hospital Regional u Hospital de Especialidades) Sí ____ No ____
- Nombre del Hospital a donde fue referida por la complicación: ____
- Diagnóstico de referencia: ____
- Diagnostico referencia (Agrupado):
Trastornos hipertensivos del embarazo: ____ Hemorragias: ____ Sepsis: ____
Intoxicación: ____ Enf. Crónicas: ____ Otros: ____

• Motivo de referencia hacia otro Establecimiento: _____

• Tiempo de estancia hospitalaria antes de ser referida: Días _____

Horas: _____ Minutos: _____

• Fecha y hora en que la usuaria fue referida:

Hora: ____:____ DÍA: ____ Mes: ____ Año: ____

¿Cuánto fue el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esta complicación y el inicio de su tratamiento?

Horas: _____ Minutos: _____ No Datos: _____

Demoras

• Existió el reconocimiento del peligro por la fallecida o familiares:

Sí _____ No _____

• Tuvo oportunidad para acudir a un Centro de Salud: Sí _____ No _____

• Había un Servicio de Salud cerca de la fallecida: Sí _____ No _____

• Existía confianza en la red de servicios de salud. Si _____ No _____

• Existía una buena red de transporte y comunicación en la comunidad

• Sí _____ No _____

• En la comunidad existe Promotor/a de Salud: Sí _____ No _____

• Estuvo siendo atendida por la partera: Sí _____ No _____

• La demora fue por creencias y cultura: Sí _____ No _____

• Existió demora por acceso geográfico y transporte Si _____ No _____

• Hubo demora por barreras económicas Si _____ No _____

• Presenta Demora en la Atención en el Establecimiento de Salud: Sí _____ No _____.

• Tipo de personal que atendió la complicación/ Emergencia: Medico general: _____ Medico residente en formación: _____ Medico especialista: _____ Otro: _____ (anotar la disciplina)

• Detectaron la complicación tempranamente: Sí _____ No _____

• Brindaron la atención oportunamente: Sí _____ No _____

• Brindaron atención adecuada: Sí _____ No _____

• Se cumplió el protocolo de manejo: Sí _____ No _____

• Contaron con el recurso humano adecuado y capacitado: Si _____ No _____

• Contaron con el equipo necesario: Si _____ No _____

• Contaron con los insumos necesarios: Si _____ No _____

• ¿Cuál fue la causa básica de muerte (Clasificación según CIE10): _____

• Clasificación de la causa básica de muerte materna (agrupada):

Trastornos hipertensivos del embarazo _____ Hemorragias: _____ Fallas de la Anestesia: _____

Infecciosas _____ Aborto: _____ Indirecta: _____ No relacionada _____

• Clasificación de muerte materna según su causa:

Directa: _____ Indirecta: _____ No Relacionada: _____

- Clasificación de muerte materna según su grado de prevención:

Prevenibles: ____ Potencialmente prevenibles: ____ No prevenibles: ____

- Falla en la Demora 1: Si ____ No: ____
- Falla en la Demora 2: Si ____ No: ____
- Falla en la Demora 3: Si ____ No: ____
- Cual demora influyo más: Demora 1 ____ Demora 2 ____ Demora 3 ____.

Resultados del análisis de eslabones críticos:

- Eslabón que tuvo más complicación o falla en la atención (Eslabón Crítico):

Programas preventivos: ____ Control Prenatal: ____ Referencia: ____

Hospital de paso: ____ Parto: ____ Hospital donde falleció: ____ Puerperio: ____

Recién Nacido: ____

- Programa Preventivo: Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Control Prenatal: Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Referencia: Crítico: ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Hospital de paso: Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Hospital donde fallece: Crítico: ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Atención del Parto. Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Puerperio. Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Atención del Recién Nacido. Crítico : ____ Alerta: ____ Libre: ____
- Se realizo necropsia (autopsia medica): Sí ____ No : ____
- Si se realizo necropsia, anotar el resultado: _____

Responsables del llenado (Nombre y cargo):

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

Anexo No 15

Indicadores Obstétricos utilizados para seleccionar la muestra de mujeres con morbilidad materna severa.

A. Enfermedades/ Condiciones	B. Eventos mórbidos	C. Procedimientos/Intervenciones
1.Preeclampsia/ Eclampsia	1.Hemorragia mayor de 1500 cc	1.Transfusión
2.Embolismo	2.Dehiscencia de herida	2.Admisión a UCI
3.Infección	3.Falla orgánica múltiple	3.Ventilación asistida
4.Ectópico/Molar	4.Labs/S. Vitales anormales	4.Intervención Quirúrgica
5. Enfermedad cardíaca	5. Abruption Placentae	5.Retorno a Sala de Operaciones
6.Accidente vascular cerebral	6. Convulsiones	6. Readmisión al Hospital
7.Placenta Acreta/Increta/Percreta	7. Hemorragia cerebral	7.Intervenciones medicas múltiples
8. Púrpura Trombocitopenica Idiopatica/Trombotica	8.Edema Pulmonar	8.Histerectomía
	9. Coagulación intravascular diseminada	9. Estancia hospitalaria prolongada
	10. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	

Fuente: Geller SE, Rosenberg Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología , 2004

Anexo No 16

MATRIZ PLAN DE INTERVENCION

Oportunidad de Mejora	Actividad	Fecha de cumplimiento	Responsable

Fuente: Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer/Programa Nacional sobre Maternidad Segura, marzo 2009

RESPONSABLES DE LA ELABORACION DEL DOCUMENTO

Dr. Herberth Abarca.
Colaborador Técnico Medico
Unidad Nacional de Epidemiología.

Lic. M^a Celia Hernández.
Colaboradora Técnica
Unidad de Atención a la Mujer.

Dra. Patricia de Baños.
Colaboradora Técnica médica
Región Metropolitana

Dra. Ivonne Moran de Santos.
Colaboradora Técnica médica
Región Central

Dra. Blanca Leticia Cuyuch
Colaboradora Técnica médica
Región Occidental.

Dr. Enrique González
Colaboradora Técnico médico
Región Paracentral.

Dra. Roxana de Zelaya.
Colaboradora Técnica médica
Región Oriental.

Dra. Nely Madrid de Rivera
Colaboradora Técnica médica
Unidad de Atención a la Mujer.

Dra. Elisa Menjivar de Aróstegui.
Colaboradora Técnica Médica
Unidad de Atención a la Mujer

Dra. M^a Esperanza de Aparicio
Colaboradora Técnica Médica
Unidad de Atención a la Mujer

Dr. Jorge Cruz González.
Jefe Unidad Atención a la Mujer

Dra. Guadalupe de Razeghi.
Asistencia Técnica URC

Dra. Patricia de Muñoz
Colaboradora Técnica medica
Regulación, MSPAS

Dr. Douglas Jarquín González
Asesor Política Materno Perinatal
MSPAS

COMITÉ RESPONSABLE DE LA VALIDACION

Dr. Jorge Roberto Cruz González

Jefe de Unidad de Atención Integral a la Mujer
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Dr. Douglas Jarquín González.

Asesor Políticas Materno Perinatales
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Roberto Águila Ceron.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Dra. Ana Elizabeth de Bendix

Comando de Sanidad Militar.

Dr. Víctor Manuel Carranza C.

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

Dr. Luis Espinoza.

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos

Dr. José Emilio Peñate.

Fondo Solidario para la Salud