

# **PAMMEI**

---



## **FORMULARIO A**

**MORTALIDAD MATERNA**  
**INSTRUMENTO PARA EVALUAR INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS y OTRAS FUENTES**  
**VERSIÓN 2020**



1. Identificación del caso

Año: N° de caso: Edad:
Fecha de nacimiento: ...../...../.....
Fecha de defunción: : ...../...../.....
Obra Social: SI [ ] NO [ ] Cual? .....
Momento de la muerte:
Embarazo: ..... EG: .....
Parto:..... EG: .....
Puerperio: .....
Muerte tardía: ..... Días posteriores al evento obstétrico: .....

2. Identificación de las áreas de residencia y de ocurrencia

Lugar de residencia habitual: .....
Domicilio: .....
Teléfono: .....
Lugar de ocurrencia de muerte: .....
Lugar de control prenatal: .....
Lugar de evento obstétrico.....

3. Indicadores de los establecimientos involucrados en la atención

a: .....
b: .....
c: .....
d: .....
e: .....



4. Datos obtenidos de las historias clínicas y otras fuentes

Caracterización socioeconómica

Ocupación: .....(Si trabajaba).....Cantidad de horas :.....

¿Hasta qué mes de gestación trabajó? .....

Vivienda de material: SI  NO

Hacinamiento (más de tres personas por cuarto): SI  NO

Calefacción: Gas natural  Gas env  Otros.....

Agua corriente: De pozo  Canilla comunitaria

Excretas: Disposición adecuada: SI  NO

Educación: Alfabeta: SI  NO

Estudios: Años aprobados: .....

Tipo de familia:

Nuclear simple (monoparental/ madre sola/padre solo)

Nuclear conyugal (pareja)

Familia extendida simple (+ otros parientes)

Familia conyugal extendida (+ de una pareja)

Familia ensamblada

Otras

Detección de Factores de riesgo psicosocial: SI  NO  NO SE SABE

Embarazo sin contención familiar

Familia sin ingresos fijos

Embarazo fuertemente rechazado

Violencia familiar

Hijos dados en adopción

Alcoholismo

Drogadicción

Observaciones: .....  
.....



Antecedentes Familiares de importancia: .....

Antecedentes Personales: describir las enfermedades diagnosticadas y tratadas (no gineco-obstétricas) que se consideren importantes.

Antecedentes Gineco-obstétricos (sin contar el embarazo actual)

Gestas  Abortos  Partos vaginales  Cesáreas  Nacidos vivos  Viven

Fin del anterior embarazo: ...../...../.....

RN con mayor peso: .....

Algún RN menor de 2.500gr.: .....

Ninguno o más de 3 partos: .....

Gemelares: .....

Fallecimiento de otros niños: SI  NO  Número: .....

Otros antecedentes que considere relevantes: .....

Planificación Familiar: SI  NO

5. Embarazo

Intervalo intergenésico .....

Captación oportuna (menor de 13 semanas) SI  NO  NO SE SABE

Edad gestacional al primer control:

Nº total de consultas prenatales: .....

(Ecografía, vacunas, laboratorios, control odontológico, detección de factores de riesgo s/edad gestacional)

Con carnet perinatal SI  NO

Módulo Andes/SIP PLUS SI  NO

Otros formularios SI  NO



Control prenatal:

Adecuado  Inadecuado  Sin control  No se sabe

Comentarios:.....  
.....  
.....

Hubo complicaciones: SI  NO  NO SE SABE

Atenciones de patologías del embarazo: SI  NO  NO SE SABE

Lugar	Fecha	Semanas de embarazo	Consulta	Internación	Diagnóstico o problema

5-1. Evaluación de la atención del embarazo Adecuado  Inadecuado

Observaciones (comentar las evaluaciones inadecuadas): .....  
.....

**6. Evento obstétrico**

Fecha de terminación del embarazo: ...../...../.....

Lugar: Domicilio: ..... Institución (¿cuál?): .....

Otro (¿Cuál?): .....

Ambiente: Quirúrgico  No quirúrgico  (especificar): .....

¿Quién atendió el parto? Médico  Obstétrica  Otros (especificar): ..... No se sabe

Presentación:

Cefálica  Podálica  Otra: .....



Inicio:

Espontáneo  Inducido  Cesárea

Terminación

Espontáneo  Cesárea  Forceps/vacuum  Otro: .....

Complicaciones:

Sí  (especificar cuáles): ..... NO  No se sabe  .....

Traslados:

Sí  (especificar cuáles): ..... NO  No se sabe

Evaluación de la atención del evento obstétrico

Adecuado  Inadecuado

Observaciones (comentar las evaluaciones inadecuadas): .....

7. Recién nacido/feto

Único  Múltiple

Vivo  Muerto  Macerado

Clasificación del RN:

RN término  Adecuado EG  Grande EG  Pequeño EG

RN pretérmino  Adecuado EG  Grande EG  Pequeño EG

RN postérmino  Adecuado EG  Pequeño EG

No se clasificó: .....

Apgar:

1' ..... 5' ..... No consignado .....



Peso al nacer:

Problemas y/o patologías del recién nacido.

Sí  (especificar cuál/es) ..... NO  No se sabe  .....

.....  
.....

Traslados:

Sí  (especificar causa y a dónde) ..... NO  No se sabe  .....

.....  
.....

**8. Puerperio**

Control del puerperio

Sí  No  No se sabe

¿Dónde se controló?

Descripción breve de patologías o alteraciones del puerperio. Causas y conductas adoptadas

.....  
.....  
.....

¿Requirió hospitalización? SI  NO

Causas y conducta .....

.....  
.....

¿Fue derivada? SI  NO  Motivo

Evaluación del puerperio

Adecuado  Inadecuado

Observaciones (comentar las evaluaciones inadecuadas): .....

.....  
.....



9. Atención médica de la enfermedad última

Presencia de signos y síntomas de alarma:

Fiebre  Aumento TA  Cefalea intensa  Dolor epigástrico  Convulsiones

Ret. Placenta  Hemorrag. Genit  Atonía uterina  Pres. fetal anormal

Otro: ..... Ninguno.....

Datos descriptivos

Lugar: Institución (¿cuál?): .....Domicilio: .....

Traslado: ..... Demanda: Espontánea: .....Derivado .....por:.....

Fechas:

Ingreso: ..... /..... /..... Muerte: ..... /..... /..... Permanencia: (horas/días/meses):.....

Lugar del fallecimiento institucional:

Consultorio externo .....Emergencia .....

Cuidados Intensivos ..... Sala de internación .....

Diagnósticos:

Presuntivo: .....

Definitivo principal y secundarios: .....

.....

.....

Causa de muerte: .....

.....

.....

Intervenciones quirúrgicas

SI  NO

Diagnóstico o tipo de cirugía: .....

.....

.....





Datos evaluativos

Evaluación estado nutricional al ingreso

Eutrófica  Desnutrida  Obesa  NO SE SABE

Condición o gravedad al ingreso

Grave  Moderado  Leve  NO SE SABE

Evaluación de estudios

<i>Evaluación</i>	<i>Laboratorio</i>	<i>Imágenes</i>	<i>Prácticas</i>	<i>Interconsultas</i>
<i>Adecuado</i>				
<i>Inadecuado</i>				
<i>No corresponde</i>				

Evaluación de tratamientos

<i>Evaluación</i>	<i>Medicación</i>	<i>Líquidos</i>	<i>Nutrición</i>	<i>Otros (especificar)</i>
<i>Adecuado</i>				
<i>Inadecuado</i>				
<i>No corresponde</i>				

Evaluación de cirugía

Necesidad detectada en internación SI  NO  No corresponde

Demora SI  NO  No corresponde

Causa de la demora: .....

.....

Consentimiento informado SI

Hubo demora diagnóstica SI  NO  NO SE SABE



Hubo errores diagnósticos SI  NO  NO SE SABE

Hubo demora terapéutica SI  NO  NO SE SABE

Hubo trabajo interdisciplinario SI  NO  NO SE SABE

Evaluación de complicaciones SI  NO  NO SE SABE

Tipo de complicación

Infecciosa  Metabólica  Anestésica  Quirúrgica  Por procedimientos

Varias anteriores incluyendo infección asociadas al cuidado de la salud .....

Varias anteriores excluyendo infección asociadas al cuidado de la salud .....

Otras(especificar) .....

Relación de la complicación con la muerte

No  Causa Probable

Registros médicos

Completos  Legibles

Incompletos  Ilegibles

Observaciones (comentar las evaluaciones inadecuadas): .....

.....

.....

.....

Fecha de Evaluación...../...../.....

Evaluador/es.....

.....



GOBIERNO  
DE LA PROVINCIA  
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN  
PROVINCIA

JUNTOS  
PODEMOS  
MÁS

50  
AÑOS  
1970-2020  
PLAN  
DE SALUD  
NEUQUÉN

Evento Obstétrico: Evento Obstétrico (Cesárea, Parto, Aborto). Marston, C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. World Health Organization, 2005; 1-37

La información estadística sobre los eventos reproductivos (obstétricos) asistidos en los establecimientos de salud, es esencial para la gestión en salud. Para cada terminación de un embarazo se registra un conjunto mínimo de datos básicos que permite interrelacionar en un mismo soporte los datos de la madre con los del evento obstétrico. La fuente de datos es el Informe Estadístico de Hospitalización. Al estar interrelacionados los datos de la madre y del producto de la concepción, se puede llevar un registro completo del evento obstétrico, siendo la unidad de análisis el egreso por un evento obstétrico. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro19.pdf>