

G37: 2022

**GUÍA PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN
HONDURAS**

G37: 2022

**GUÍA PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN
HONDURAS**

Enero, 2023



AUTORIDADES

Dr. José Manuel Matheu

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Gloria Paz

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suany Violeta Montalvan

Sub Secretario de Proyectos e Inversiones

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Saul Hernán Cruz

Director de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Iris Sobeida Padilla

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Isnaya Suyapa Nuila

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **Resolución N° 02 - DGN-2023-** con código **G37:2022** del 07 de marzo de 2023, me permito aprobar el documento: **“Guía Para La Vigilancia De La Mortalidad Materna En Honduras”**

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
2	OBJETO	3
3	CAMPO DE APLICACIÓN	3
4	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	3
5	ACRÓNIMOS.....	7
6	DOCUMENTOS RELACIONADOS	8
6.1	Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, 2022-2026.....	8
6.2	LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS PARA LA VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MORTALIDAD MATERNA	8
6.3	GUÍA PARA OPERATIVIZAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	8
6.4	PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	8
6.5	PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO.....	9
7	CUERPO SUSTANTIVO.....	9
7.1	INTRODUCCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MORTALIDAD MATERNA	9
7.2	ETAPA 1: IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE LAS MUERTES DE MEF	11
7.3	IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS	19
7.4	ETAPA 2: ANÁLISIS DE LAS MUERTES MATERNAS	24
7.5	ETAPA 3: HACER RECOMENDACIONES (ELABORAR PLANES DE REDUCCIÓN DE MM)	25
7.6	ETAPA 4: PRESENTAR INFORMES Y DIVULGAR.....	26
7.7	ETAPA 5: MONITOREAR LA RESPUESTA Y EVALUAR.....	27
7.8	VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE.....	28
7.9	Participación de los Comités para la Vigilancia y respuesta de la mortalidad materna en la aplicación de esta Guía	30
8	BIBLIOGRAFIA.....	31
9	ANEXOS	33

1 INTRODUCCIÓN

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador sensible que expone la desigualdad y la inequidad. No se debe propiamente a patologías particulares, sino que tiene una fuerte asociación con determinantes sociales en la salud de las mujeres ⁽¹⁾. Los cálculos para el año 2017 muestran 295,000 muertes maternas en todo el mundo, es decir un 35% menos que en el año 2000, en el que se calcula que se produjeron 451,000 muertes. Se ha calculado que la razón de mortalidad materna (RMM) en el mundo en el año 2017 fue de 211 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representa una reducción del 38% desde el año 2000, en el que se había calculado una RMM de 342. El ritmo de reducción anual de la razón de mortalidad materna en el mundo en el periodo 2000 a 2017 fue de 2.9% ⁽²⁾, a pesar de esta reducción el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir en un 75% del valor de la RMM en 1990 no fue alcanzado ⁽¹⁾.

En la Región de las Américas, el número total de muertes maternas disminuyó en un 49% entre 1990 y 2015, con una RMM de 68 por 100,000 n. v. ⁽¹⁾ Sin embargo, este indicador se ha estancado y los últimos datos del Grupo Inter agencial de Estimaciones de Mortalidad Materna de las Naciones Unidas indican un panorama aún más grave, con una razón de mortalidad materna regional mayor que la previamente estimada y un descenso anual menor que el informado hasta el año 2015 ⁽³⁾.

En Honduras, citando los datos únicamente de los cuatro estudios realizados, la RMM ha evolucionado desde 182 a 108 por 100,000 n.v. en 1990 y 1997 respectivamente ⁽⁴⁾, a 73 por 100,000 n.v. en 2010 ⁽⁵⁾ y 60 por 100,000 n.v. en 2015 ⁽⁶⁾ lo cual significó una tendencia descendente, que según los datos del sistema de vigilancia de la mortalidad materna de la Unidad de Vigilancia de la salud (UVS) se mantuvo estable oscilando entre 86 y 61 por 100,000n.v. para los años 2013 y 2020 respectivamente. En el año 2021 se registraron en total 221 muertes maternas, produciéndose un importante incremento en la RMM a 125 por 100,000 n.v. debido al aumento de muertes por COVID-19 (125) que se produjeron en ese año.

La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si las mujeres y/o sus familias son capaces de reconocer alteraciones en su estado de salud y buscan atención médica de manera oportuna. Los servicios de salud deben ser equitativamente accesibles para todos, y es importante abordar las necesidades identificadas por medio de información confiable acerca de los posibles riesgos para prevenir la mortalidad materna.

La Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños de las Naciones Unidas (IACoWCH por sus siglas en inglés) ha identificado la

necesidad de contar con mejor información a fin de obtener mejores resultados. Implementar una atención basada en la evidencia, que responda a información objetiva, oportuna y desglosada acerca de cuántas mujeres mueren, dónde, por qué mueren y en qué momento del proceso reproductivo, son pasos esenciales para un ciclo de vigilancia epidemiológica efectivo.

Desde los inicios de este siglo, en México y otros países miembros de la OPS se identificó que la mala clasificación de los casos de muertes de mujeres en edad fértil (MEF) es una causa importante de subregistro de MM, razón por la cual se hizo una modificación a la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) y se comenzó a implementar la “Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM) cuyo objetivo es subsanar la mala clasificación de estas defunciones. El uso de esta metodología se extendió a todos los países miembros de la OPS a través del grupo RELAC SIS (Red Latinoamericana y del Caribe para el fortalecimiento de los servicios de salud). La BIRMM será utilizada en la aplicación de la presente guía, en la sección correspondiente a la identificación y registro de las muertes de MEF y maternas.

La presente guía orienta a que a través de la búsqueda intencionada que incluye la triangulación de los datos y reclasificación de las muertes maternas se disminuya a su menor expresión el subregistro; por otro lado, el análisis de casos de muertes maternas centrado en la identificación de los verdaderos problemas que contribuyeron a la ocurrencia de las muertes, sirva como base para la elaboración y adaptación de los planes de reducción de las muertes maternas que se deben ejecutar a nivel de los municipios, hospitales y regiones sanitarias.

Es importante aclarar que, durante el proceso de elaboración de la presente guía, los instrumentos de investigación en uso fueron revisados y adaptados y a partir de la aprobación del documento se utilizaran a nivel nacional.

2 OBJETO

Establecer los procesos e instrumentos para el desarrollo de la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras de una manera sistemática y estandarizada, que permita a través de la búsqueda intencionada, triangulación de los datos y reclasificación de las muertes maternas, disminuir el subregistro y a través del análisis de los casos de muertes maternas, identificar los problemas que contribuyeron a la ocurrencia de estas y elaborar planes de trabajo para reducir dichas muertes.

3 CAMPO DE APLICACIÓN

Personal de salud responsable, en todos los niveles de atención, de investigar las muertes de MEF y Maternas (MM) que ocurran en el territorio nacional o de hondureñas, residentes en Honduras, que mueran por causas obstétricas fuera del país.

4 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Autopsia Verbal: método de investigación de muertes que consiste en realizar una entrevista a los familiares y comunidad de la persona fallecida a fin de identificar las causas y determinantes del evento.

Autopsia documental: Es el proceso que se desarrolla durante la recopilación de información para el análisis de los casos de muertes maternas que incluye la revisión del expediente clínico, los instrumentos de vigilancia de muertes de mujeres en edad fértil, materna institucional y comunitaria (IVM-MEF, IVM-MM y IVM-MMI), el resumen clínico, la hoja resumen de la muerte materna y finaliza con el informe técnico del comité sobre cada caso.

Autopsia en cadáver: La autopsia, referida a un fallecimiento, es el término que se utiliza para identificar las causas de la muerte de una persona, además de datos

relevantes del fallecimiento, como fecha, momento y posturas de la muerte, lugar y condiciones del fallecimiento, tiempo de agonía, etc.

Búsqueda intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIRMM): metodología para identificar todas las muertes de MEF ocurridas en un espacio territorial y periodo de tiempo establecido por los usuarios (mes, trimestre, semestre o año), con el fin de evitar el subregistro de muertes maternas.

Causa Antecedente (Intermedia): estado mórbido, si existiera alguno, que produjo la causa directa de muerte.

Causa básica de defunción: (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 ⁽⁷⁾.

Causa Directa de Muerte: enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte.

Morbilidad materna extremadamente grave (Casi muerta o Near Miss): se trata de una mujer que ha estado a punto de morir, pero ha sobrevivido a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o los primeros 42 días tras la terminación del embarazo ⁽⁸⁾.

Mujer en edad fértil: mujeres en edad comprendida entre los 10 y 49 años.

Muerte Materna Evitable: la evitabilidad se define en función de las condiciones en las que la paciente llega a los establecimientos de salud. Para ello se aplica el instrumento de análisis de la muerte evitable (Anexo 8).

Muerte Materna Prevenible: se refiere a las muertes que se pudieron prevenir a través de evitar embarazos en mujeres con factores de riesgo reproductivo a través de la planificación familiar.

Muerte de mujer en edad fértil: muerte de una mujer en edades comprendidas entre los 10 y 49 años independientemente de la causa de defunción.

Muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción ⁽⁹⁾.

Muerte materna: muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el

sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales ⁽⁹⁾.

Muerte obstétrica directa: es la muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas (embarazo, parto y puerperio) ya sea por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas ⁽⁹⁾.

Muerte obstétrica indirecta: es la muerte materna que resulta 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 ⁽⁹⁾.

Muerte no materna: muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a causas accidentales o incidentales. ⁽⁹⁾

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas que ocurre después de los 42 días y hasta 365 días de la terminación del embarazo ⁽⁹⁾.

Muerte materna institucional: muerte materna que ocurre en un establecimiento de salud que cuenta con infraestructura, equipo y personal para atender partos (públicos y no públicos) como ser: hospital y servicios materno infantil. Incluye las muertes en cualquier área de un hospital, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la paciente y su muerte. También se considera institucional si la muerte ocurre en una ambulancia durante el traslado de un Servicio Materno Infantil a un hospital o de un hospital a otro.

Muerte materna comunitaria: esta definición incluye a las muertes que ocurren en el hogar y en el camino del hogar a un hospital o establecimiento de salud.

Las muertes maternas que ocurran en un establecimiento de salud público o no público que no tenga infraestructura para atender partos (UAPS, CIS, Clíper o Policlínico) no se consideran muertes institucionales, ya que estos servicios de salud no tienen la capacidad de oferta para el manejo de las complicaciones obstétricas. Las muertes ocurridas en una ambulancia u otro medio de transporte, en camino hacia el hospital, desde cualquier comunidad o ES que no es hospital o servicio materno infantil se consideran comunitarias.

Nacido vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones de cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un nacido vivo. ⁽⁷⁾

Razón de mortalidad materna: es el número de defunciones maternas directas e indirectas en un periodo sobre el total de nacidos vivos en ese mismo periodo multiplicado por una constante (100,000).

Riesgo de Muerte Materna a lo largo de la vida (RMMV): refleja las probabilidades que una mujer muera por causas maternas durante el curso de su vida reproductiva de 40 años (10 a 49). Este indicador toma en cuenta la probabilidad de una muerte debida a causas maternas cada vez que una mujer queda embarazada. Una forma común de calcular el RMMV es multiplicando la Tasa de Mortalidad Materna por los años de vida reproductiva ($40 * TMM$)¹⁹.

TABLEU: herramienta electrónica que consiste en una sala de situación virtual para el registro referenciado de las muertes maternas.

Tasa de Mortalidad Materna (TMM): es un indicador del riesgo de muerte materna entre las mujeres de edades reproductivas. Se calcula dividiendo el número de muertes maternas entre el número de muertes de mujeres en edad fértil y se multiplica por un factor de 1,000.

Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil: es el número de muertes de mujeres en edad fértil (MEF) sobre el total de MEF para un periodo determinado, multiplicado por una constante que generalmente es 1,000.

Reclasificación: consiste en ratificar o rectificar las causas de muerte registradas en el certificado de defunción, lo anterior con apoyo de la evidencia documental adicional que se analiza ⁽¹⁰⁾.

Triangulación: consiste en comparar las bases de datos de las diferentes instituciones que registran muertes a fin de garantizar la captación del 100% de los casos y evitar la duplicación de los mismos ⁽¹¹⁾.

5 ACRÓNIMOS

BIRMM:	Búsqueda Intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas
CIS:	Centro Integral de Salud
CLIPER:	Clínica Periférica de Emergencia
DGN:	Dirección General de Normalización
DGRIS:	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
DGVMN:	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
DSPNA:	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
DSSNA:	Departamento de Servicios de Segundo nivel de atención
ECOR:	Equipo Coordinador de Red
ES:	Establecimiento de Salud
HCPB:	Historia Clínica Perinatal Base
IHSS:	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IVM:	Instrumento de Vigilancia de la Mortalidad
LISEM:	Listado de Mujeres Embarazadas
LISMEF:	Listados de Mujeres en Edad Fértil
MEF:	Mujer en Edad Fértil
MM:	Mortalidad Materna
MMEG:	Morbilidad Materna Extremadamente Grave
NV:	Nacidos vivos
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OMM:	Oficina Municipal de la Mujer
RISS:	Redes Integradas de Servicios de Salud.
RAMNI:	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil
SMI:	Servicios Materno infantil
SESAL:	Secretaría de Salud
SIP:	Sistema Informático Perinatal
SVRMM	Sistema de Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna
TABLEU:	Sala de Situación Virtual
UAPS:	Unidad de Atención Primaria en Salud
UGC:	Unidad de Gestión de la Calidad
UVS:	Unidad de Vigilancia de la Salud

6 DOCUMENTOS RELACIONADOS

6.1 PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA, 2022-2026

Define las áreas estratégicas de acción, objetivos y actividades que el estado de Honduras ha decidido desarrollar para enfrentar el problema de la mortalidad materna; su ejecución es apoyada y monitoreada por el “Comité Nacional de Vigilancia y Respuesta de la mortalidad materna” por lo que armoniza las acciones de las instituciones nacionales participantes y de la cooperación externa ⁽¹²⁾.

6.2 LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS PARA LA VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Establece los mecanismos para que se organicen y funcionen los Comités para la vigilancia y respuesta de la mortalidad materna a nivel municipal, de hospitales, regionales y nacionales cuya función principal es la de garantizar que se registren y se investiguen todas las muertes de MEF y maternas que ocurren en el territorio nacional, con el fin de identificar los problemas condicionantes para incluir las soluciones a estos problemas en los diferentes planes de reducción de la mortalidad materna ⁽¹³⁾.

6.3 GUÍA PARA OPERATIVIZAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Establece los aspectos gerenciales de la planificación familiar (PF) en Honduras, con el fin de que se garantice que las personas reciben la atención en PF que necesitan y desean a fin de evitar embarazos no intencionados y de riesgo que contribuyan a la mortalidad materna ⁽¹⁴⁾.

6.4 PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Define las normas y procedimientos para que los proveedores de servicios brinden atención de PF con calidad y puedan contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁵⁾

6.5 PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

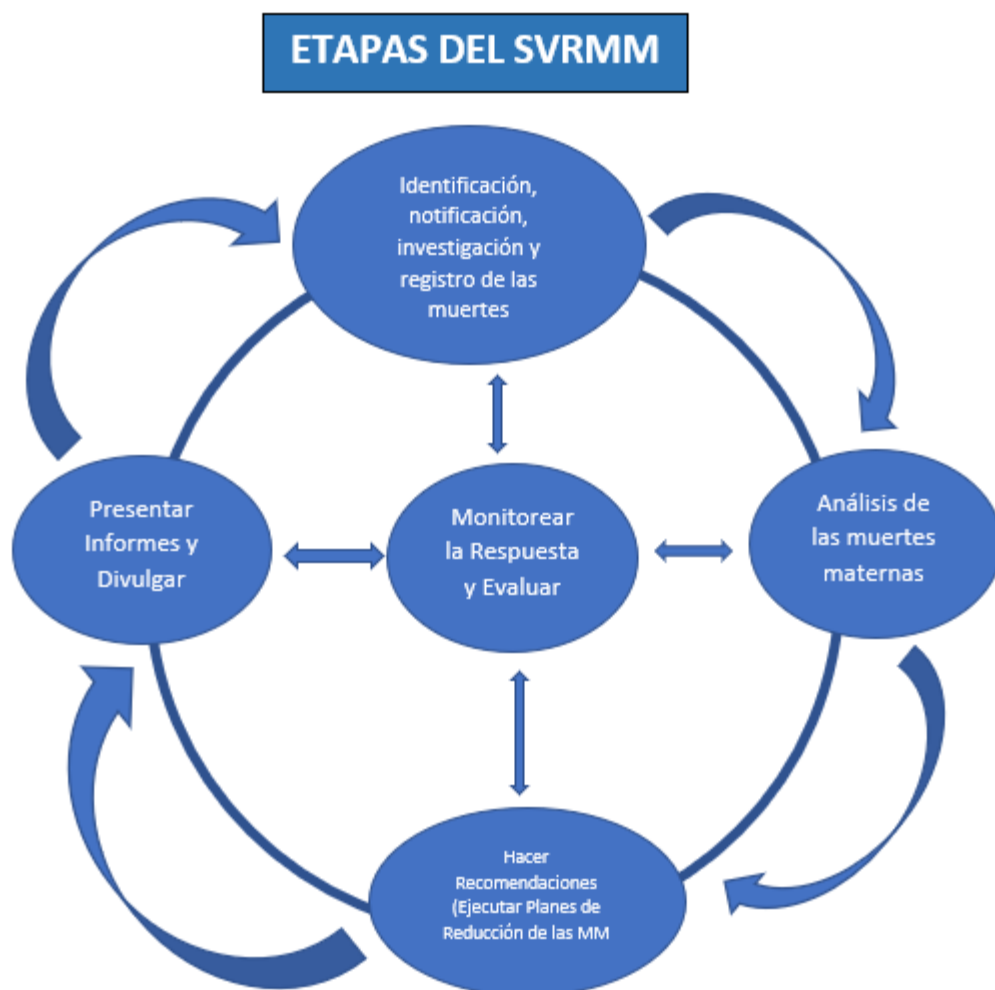
En estos protocolos, que consisten en cinco volúmenes, se establecen las normas y procedimientos para que los proveedores de servicios brinden atención del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido con calidad, para prevenir complicaciones, así como atender adecuadamente las complicaciones obstétricas que conducen a la muerte materna. ⁽¹⁶⁾

7 CUERPO SUSTANTIVO

7.1 INTRODUCCIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Con la presente Guía se introduce en Honduras, complementariamente con los “Lineamientos Para la Organización y Funcionamiento de los Comités para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna”, el **Sistema de Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna (SVRMM)** el cual es un ciclo continuo (Figura 1), que busca proporcionar información sobre la mortalidad materna, con el fin de orientar el fortalecimiento de la oferta de servicios para las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con base en los hallazgos de la investigación de los casos. La intención es identificar todas y cada una de las muertes maternas, notificar al equipo investigador para que revise las circunstancias de cada muerte y proporcionar una respuesta efectiva. La revisión exhaustiva determina todos los problemas y factores asociados con la muerte, a fin de que se identifique la solución de esos problemas, para que estas respuestas se integren como parte del plan de reducción de las muertes maternas ⁽¹⁾.

Figura 1: Etapas del Sistema de Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna (SVRMM)



Adaptado de: Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Directrices para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna, Región de las Américas, Washington, 2017

Enlace: https://docs.google.com/document/d/1GadzLia6CkdIPOvzWsg3f5-XWRthMxk/edit?usp=share_link&oid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

A continuación, se describe cada una de las etapas del ciclo de VRMM:

7.2 ETAPA 1: IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE LAS MUERTES DE MEF

7.2.1 IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN

El primer paso del proceso es garantizar que el sistema está captando todas las muertes de mujeres en edad fértil (MEF [10 a 49 años]) que ocurren en el territorio nacional, para ello se aplica la metodología **Búsqueda intencionada y Reclasificación de las Muertes Maternas (BIRMM)**, esta metodología consiste en identificar y captar todas las muertes de MEF, trabajando para ello con todos los informantes clave y fuentes de información que puedan proporcionar datos sobre este evento; complementariamente incluye la “Triangulación”, que consiste en comparar todas las bases de datos que tienen los miembros de los comités, para asegurar que el 100% de las muertes estén registradas en la base de datos. También incluye la “reclasificación” que tiene como objetivo identificar muertes maternas que han sido clasificadas como muertes de MEF, evitando así el subregistro.

La búsqueda se debe realizar tanto en la comunidad como en los hospitales.

En el caso de las muertes **comunitarias** el responsable directo de esta actividad es el jefe o encargado del establecimiento de salud al cual esta asignada la población en la que vivía (por lo menos los últimos seis meses) la mujer fallecida; quien debe notificar en primera instancia en el subsistema “Alerta/Respuesta” (notificación obligatoria diaria) para que la información fluya a través de este sistema y sea conocida en los niveles correspondientes de agregación, también se debe notificar a las autoridades municipales de salud a fin de que en las reuniones mensuales de los Comités Municipales para la Vigilancia y Respuesta de la MM se realice la triangulación y reclasificación de los casos.

Para ello todos los trabajadores de salud responsables de la vigilancia deben tener organizado los informantes clave de la comunidad, entre ellos:

- Responsable del Libro de registro de muertes en las oficinas de Registro Civil Municipal donde exista
- Responsable de la Oficina Municipal del Registro Nacional de las Personas
- Responsables de los registros en cementerios municipales y privados
- Responsables de los registros de ONG y Proveedores descentralizados
- Responsables de las oficinas de Ministerio Público en los lugares donde exista
- Responsables del Libro de registro de levantamientos de la policía

- Representante de la Oficina Municipal de la mujer
- Consulta a informantes clave: alcaldes auxiliares, juez de paz, parteras, colaboradores voluntarios, representantes de salud, monitoras de AIN-C, guardianes de salud y otros informantes que se puedan identificar en la comunidad
- Responsables del observatorio de la violencia (Si existe en la comunidad)
- Patronatos u otros grupos organizados de la comunidad

En el caso de las muertes ocurridas en los **hospitales**, el responsable es el jefe de la sala donde ocurrió la muerte, quien debe notificar a la Unidad de Gestión de Información y a Vigilancia de la Salud (Epidemiología), esta información se debe registrar en las bases de datos que maneja el secretario técnico del comité de vigilancia de la mortalidad y en la reunión mensual se debe realizar la triangulación y la reclasificación de los casos. Las fuentes de información del hospital son:

- Censos diarios de salas
- Libro de ingresos y egresos hospitalarios en las salas de internamiento
- Libro de registro de muertes disponibles en las salas
- Registro de muertes hospitalarias
- Hoja de hospitalización en oficina de registros médicos (HC13)
- Expedientes clínicos
- Reportes del Sistema Informático Perinatal (SIP)
- Libro de entrega de cadáveres
- Registro de atenciones diarias (ATA)
- Informes de entrega de guardias
- Reportes de la Ambulancia (Bitácora)

En el caso de las muertes ocurridas en los **Servicios Materno Infantil (SMI)** el responsable es el encargado del servicio, quien debe notificar a al jefe de la red o del ECOR y este al responsable de vigilancia de la salud a nivel regional (epidemiología).

7.2.2 INVESTIGACIÓN Y CLASIFICACIÓN

Una vez identificado un caso de muerte de MEF, se debe llenar el Instrumento de Vigilancia de la Mortalidad de Mujeres en Edad Fértil (IVM-MEF) (anexo 1), el que contiene seis secciones que permiten coleccionar información para realizar la caracterización epidemiológica de las muertes en MEF y a la vez la clasificación de los casos ⁽¹⁷⁾.

Las secciones contenidas en este instrumento son:

- Datos de la persona que llena el instrumento (Hace la investigación)
- Datos del Establecimiento de Salud (ES) que notifica
- Datos Generales de la Fallecida
- Datos de la defunción
- Causa de la defunción
- Clasificación Preliminar del caso

Para llenar el IVM-MEF se debe obtener la información de todas las fuentes disponibles, de acuerdo con el sitio de ocurrencia de la defunción:

Si la muerte ocurrió en la comunidad se debe realizar una entrevista, tipo autopsia verbal con los familiares de la fallecida. Si se cuenta con el certificado de la defunción, se complementa con la información que este contiene.

Si la muerte identificada ocurrió en los establecimientos de salud pública, privados o de la Seguridad Social, la información se debe obtener de la revisión del expediente clínico.

En los casos de muertes captadas por reporte de la policía, ministerio público, observatorio de la violencia, u otra fuente similar, si por razones de seguridad no es posible realizar la autopsia verbal con los familiares, se consignará únicamente la información disponible en los registros de esas instituciones.

Durante el proceso de investigación de la muerte de una MEF es de trascendental importancia establecer si existía alguna posibilidad de embarazo en la fallecida, para ello el instrumento contiene la pregunta directa sobre esta situación, con base a la respuesta el investigador debe clasificar el caso en cualquiera de las siguientes opciones:

1. ¿Es una muerte de MEF sin ninguna relación con el embarazo, parto y puerperio? En este caso finaliza la investigación.
2. O ¿es una muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio? En este caso se continúa investigando para establecer si se trata de una muerte materna o no materna. ⁽¹⁷⁾

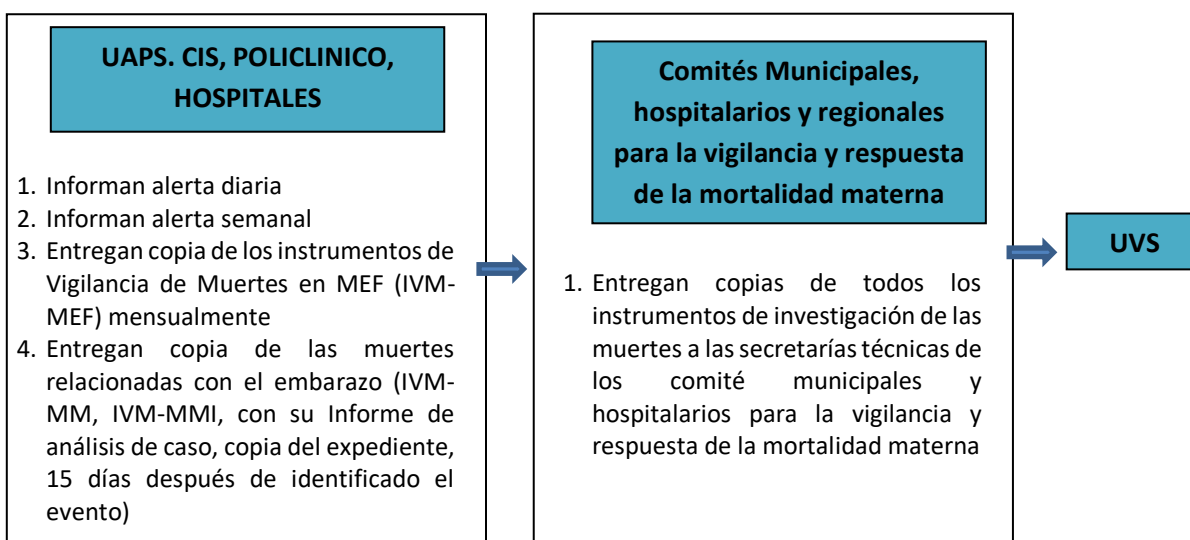
El responsable del llenado del IVM-MEF se designa de acuerdo con el sitio de la defunción:

- En los casos de muertes comunitarias el responsable de hacer la investigación y llenado del IVM-MEF es la persona que designe el director, jefe o coordinador del Establecimiento de Salud al que está adscrita la comunidad donde la fallecida vivía (por lo menos los últimos 6 meses).

- En los casos de muertes institucionales el responsable de hacer la investigación y llenar el IVM-MEF es el jefe de la sala donde ocurrió la defunción o la persona que el designe.

La investigación de toda muerte de MEF, o sea el llenado del IVM-MEF, debe realizarse tan pronto como sea posible después que fue reportada.

Flujo de la Información



Fuente: Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras año, 2008.

7.2.3 REGISTRO

Todas las muertes de MEF deben ser registradas en la base de datos que la SESAL diseñó para tal fin, llamada **Base de datos de Muertes de Mujeres en Edad Fértil** (Anexo 2), esta base contiene la información que se traslada del IVM-MEF y los datos correspondientes a la reclasificación. El secretario técnico del Comité Municipal u hospitalario de Vigilancia y Respuesta de la mortalidad Materna es responsable de registrar todas las muertes de MEF (maternas y no maternas) en la base de datos.

La base contiene las secciones siguientes:

- Identificación del Caso
- Datos generales de la fallecida
- Datos del contacto
- Datos de la defunción
- Otros Estados Patológicos que Contribuyeron a la muerte
- Reclasificación:

Para los efectos de contar con información en físico de todas las muertes de MEF ocurridas en los diferentes niveles (hospital, municipio y región) se debe llevar el Instrumento de Consolidación de las muertes de MEF, denominado IVM-CMEF (Anexo 3), el cual debe ser actualizado permanentemente, cada vez que ocurre una muerte y revisado después de la reunión mensual del comité.

7.2.4 TRIANGULACIÓN

Para garantizar que todas las muertes de MEF estén registradas en la base de datos, es necesario hacer la triangulación, esta es una actividad que se realiza durante las reuniones de los comités de hospitales y municipales de vigilancia y respuesta de la mortalidad materna y consiste en comparar las diferentes bases de datos de todas las instancias que registran muertes, la secretaría de los comités presenta su base de datos y las demás instancias que registran muertes, confirman si todas las muertes que ellos tienen en su base están registradas en la base del comité, las que no están se proporciona la información para que la secretaría registre todos los casos.

En el caso de los comités municipales, es donde cobra mayor valor la actividad, por el potencial que tiene de lograr con éxito la captación de todas las muertes de MEF ocurridas en el municipio. El secretario del comité debe mostrar la base de datos a todos los participantes de la reunión y los representantes del registro municipal de las personas, la policía, el observatorio de la violencia y cualquier otra institución que registre muertes deben revisar sus propias bases para comparar si todas las que ellos tienen están incluidas en la base, si no lo están entonces deben proporcionar los datos al secretario para que se registren en la base.

En el caso de los hospitales existe una unidad responsable (UGI, Estadísticas, Epidemiología) de captar todos estos eventos, por ello en la reunión mensual del comité, el secretario muestra la base de datos y los jefes de sala comprueban que todas las muertes de MEF que ocurrieron en su unidad estén registradas en la base.

Ejemplo:

La base de datos que presenta la secretaría técnica del comité de vigilancia y respuesta de la mortalidad materna:

Identificación del Caso		DATOS GENERALES DE LA FALLECIDA					
Id	Fecha de Llenado IVM-MEF	NombreDeFallecida	Fecha de Nacimiento	Edad	DNI	Etnia	Estado Civil
1		Maria Esperanza Garcia Vasquez					
2		Maria del Rosario Perez					
3		Juana Maria Fuentes					
4		Petronila Valladares					
5		Sofia Lara					
6		Augusta Torres					
7		Rosa Flores Varela					
8		Kenia Pineda					
9		Carmelina Cárcamo					
		Maritza Matute					

Enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1afpRcSndnxAK4-3bWmWjgvNUKQfpaWTq/edit?usp=share_link&oid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

Luego el representante del RNP lleva sus datos anotados de las muertes de MEF ocurridas en el mismo periodo y son las siguientes:

- Juana María Fuentes
- Petronila Valladares
- Sofia Lara
- Rosa Flores Varela
- Kenia Pineda

Rosa y Kenia no están en la base de datos del Comité de vigilancia y respuesta de la MM, entonces se procede en este momento a registrarlas.

El Representante de la Policía además tiene en sus datos las siguientes:

- Carmelina Cárcamo
- Maritza Matute

Que tampoco están en la Base, se procede a registrarlas.

De esta manera la base queda completa con todas las muertes ocurridas en el municipio, así:

Identificación del Caso		DATOS GENERALES DE LA FALLECIDA					
Id	Fecha de Llenado IVM-MEF	NombreDeFallecida	Fecha de Nacimiento	Edad	DNI	Etnia	Estado Civil
1		Maria Esperanza Garcia Vasquez					
2		Maria del Rosario Perez					

Para facilitar este proceso, la secretaria del comité de vigilancia y respuesta de la MM debe adjuntar a la convocatoria el formato de registro de muertes de MEF (Anexo 4).

7.2.5 RECLASIFICACIÓN

Una vez realizada la triangulación y se tiene la certeza de que el 100% de las muertes de MEF están registradas en la base, se deben comparar los diagnósticos de la Causa Básica de muerte con los de la lista de diagnósticos sospechosos de ocultar muerte materna que aparece en el anexo No. 5 de los “Lineamientos para la organización y funcionamiento de los Comités para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna”, como resultado se pueden dar las siguientes situaciones:

1. Si el diagnóstico sugerido en la base de datos no se encuentra en la lista de sospechosos el proceso se da por terminado y el registro queda tal como se hizo originalmente.
2. Si el diagnóstico sugerido aparece en la lista de diagnósticos sospechosos, la muerte debe ser nuevamente investigada con énfasis en buscar la posibilidad de que haya existido un embarazo. En todos los casos el responsable de realizar la investigación es la persona designada en el Equipo Coordinador de la Red (ECOR) o equipo municipal de salud.

Al finalizar la investigación, si se confirma que la causa de muerte es la que aparece en el IVM-MEF original, se **“Ratifica”** el diagnóstico y permanece con el registro original, pero si se encuentra que realmente la mujer estaba embarazada o puérpera entonces se **“Rectifica”** el diagnóstico y el nuevo diagnóstico es anotado en el IVM-MEF, el IVM-MM. En caso de que no exista un IVM-MEF debe de ser llenado junto con el IVM-MM.

Cuando la investigación es realizada se registra la actividad en la columna correspondiente de la base de datos y si el diagnóstico es rectificado también se anota

el diagnóstico en la columna correspondiente de causa básica de reclasificación en la misma base.

Para mejor comprensión se presenta el siguiente ejemplo:

El primer paso para reclasificar es determinar si el diagnóstico de causa básica que está en la base de datos aparece o no en la lista de diagnósticos sospechosos que está en el anexo 5 de los lineamientos de funcionamiento de los comités, estos son los diagnósticos de causa básica de la base de datos:

Datos de la Defuncion					
Posibilidad Estuviera Embarazada	Clasificacion MEF, Materna o No Materna	Causa Basica (D)	Codigo CIE-10	Causa Intermedia(C)	Codigo CIE-10
		Sospecha de Accidente Cerebrovascular Hemorrágico			
		Septicemia estreptocócica			
		Anemias por deficiencia de hierro			
		Coagulación intravascular diseminada			
		Otras trombocitopenias primarias			
		Afección hemorrágica no especificada			
		Para Cardiorespiratorio			
		Muerte por ahogamiento			
		Politraumatismo por accidente de tránsito			
		Heridas múltiples de Bala			

Enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1afpRcSndnxAK4-3bWmWjgvNUKQfpaWTg/edit?usp=share_link&oid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

Esta es una parte de la lista de diagnósticos sospechosos:

Lista de causas seleccionadas como posiblemente relacionadas con muerte materna

#	Descripción	Causa
1	Septicemia estreptocócica	A40
2	Otras septicemias	A41
3	Anemias por deficiencia de hierro	D50
4	Anemia <u>post-hemorrágica</u> aguda	D62
5	Anemia de tipo no especificado	D64.9
6	Coagulación intravascular diseminada	D65
7	Púrpura trombocitopénica idiopática	D69.3
8	Otras trombocitopenias primarias	D69.4
9	Trombocitopenia secundaria	D69.5
10	Trombocitopenia no especificada	D69.6
11	Otras afecciones hemorrágicas no especificadas	D69.8

Enlace: [https://docs.google.com/document/d/1sxxLEEJQAaHWpe9NXXE2RWUreTAG4lkk/edit?usp=share link&oid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1sxxLEEJQAaHWpe9NXXE2RWUreTAG4lkk/edit?usp=share_link&oid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true)

Como pueden ver los cinco primeros diagnósticos de la base aparecen en la lista de sospechosos, en este caso estas cinco mujeres tienen que ser investigadas, para descartar si en realidad no estaban embarazadas, si estaban embarazadas el diagnóstico se debe reclasificar, de lo contrario permanece el diagnóstico original.

Los cuatro últimos diagnósticos no están en la lista de sospechosos, por lo tanto, con estos casos no se hace nada, quedan tal cual fueron reportados.

7.3 IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y REGISTRO DE LAS MUERTES MATERNAS

7.3.1 IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN

Como resultado de la aplicación del IVM-MEF y la clasificación del caso se deben detectar a todas las muertes maternas. El IVM-MEF (anexo 1) contiene la pregunta ¿hay alguna posibilidad de que la mujer estaba o estuvo embarazada recientemente?, si la respuesta a esta pregunta es “sí” el caso se debe investigar como una muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio. El proceso de búsqueda intencionada es el mismo que para las MEF.

Las muertes maternas son de notificación obligatoria y se deben incluir en el reporte de alerta/respuesta y en la alerta semanal. De la misma manera, el responsable del ECOR o equipo municipal si es una muerte domiciliar o el jefe de sala si es hospitalaria, la deben notificar al secretario técnico del comité municipal u hospitalario de vigilancia y respuesta de la mortalidad materna para que se aseguren que estén incluidas en la base de datos de muertes de MEF, con su clasificación y diagnóstico correspondiente.

En las instancias del nivel central y las regiones que hayan sido capacitadas, la información de estas muertes se debe incluir en el TABLEU de mortalidad materna para contar con información georreferenciada oportunamente.

7.3.2 INVESTIGACIÓN Y CLASIFICACIÓN

En **todos los casos de muerte materna**, el responsable de vigilancia de la salud en el ECOR o equipo municipal de salud, junto con el responsable del establecimiento de salud al que pertenecía la fallecida debe realizar una investigación comunitaria haciendo una entrevista tipo autopsia verbal con los familiares de la fallecida, independientemente del sitio de ocurrencia de la defunción utilizando el **Instrumento de Vigilancia de la Mortalidad Materna (IVM-MM)** (Anexo 5). Esta investigación debe ser realizada dentro de los **15 días** siguientes a la ocurrencia de la muerte.

El IVM-MM se conforma de ocho secciones, que recogen toda la información necesaria para realizar el análisis:

- Sección I: Datos del Establecimiento de Salud Sección
- Sección II: Antecedentes
- Sección III: Preguntas sobre el embarazo actual
- Sección IV: Patologías durante el embarazo actual

- Sección V: Datos de la terminación del embarazo actual
- Sección VI: Datos del puerperio
- Sección VII: Análisis de las demoras
- Sección VIII: Clasificación del caso

Clasificación:

El responsable de hacer la investigación debe hacer una conclusión sobre las causas de la muerte y, en la medida de lo posible, de acuerdo con su capacitación, clasificarla con base en la CIE-10 o CIE-11. Lo más importante es identificar la causa básica ya que con base en ella es que se realizan todos los análisis clínicos y epidemiológicos posteriores. Los diagnósticos que debe registrar se denominan “**Diagnóstico Sugerido**” y son los siguientes:

1. Causa Básica
2. Causas Antecedentes (Intermedias)
3. Causa Directa

El responsable del llenado de este instrumento es la persona designada para tal fin, en los ECOR o equipos municipales de salud al que pertenece el Establecimiento de Salud al cual estaba adscrita la mujer fallecida.

Por otra parte, el responsable designado en los hospitales para hacer la investigación debe llenar, dentro de **dos días** hábiles después de ocurrida la muerte, el **Instrumento de Vigilancia de la Muerte Materna Institucional (IVM-MMI)** (Anexo No. 6), el que contiene diez secciones en las cuales se definen preguntas relacionadas con:

- **Sección I:** Datos del Hospital o SMI
- **Sección II:** Antecedentes
- **Sección III:** Patologías durante el embarazo actual
- **Sección IV:** Datos del Ingreso Hospitalario
- **Sección V:** Datos de la hospitalización y terminación del embarazo actual
- **Sección VI:** Datos en caso de muertes por aborto
- **Sección VII:** Servicios de apoyo
- **Sección VIII:** Revisión de expediente clínico
- **Sección IX:** Dificultades/Limitantes identificadas en el hospital (Demora 3)
- **Sección X:** Clasificación del caso

En esta sección de clasificación del caso se debe desarrollar el proceso igual que en el IVM-MM, el llenado del IVM-MMI debe concluir con la formulación del “**Diagnóstico**”

Sugerido”, que en la medida de lo posible debe ser apegado a la CIE-10 o CIE-11. Posteriormente después del análisis realizado por el Comité de vigilancia y respuesta de la mortalidad, se debe hacer el Diagnóstico del Comité y la clasificación en alguno de los nueve grupos establecidos.

Reclasificación:

Esta es una actividad de los Comités para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad materna. Generalmente los diagnósticos sugeridos por las personas que llenan el IVM-MM no están basados en CIE-10 o CIE-11. Por ello los expertos del comité después de realizar el análisis de los casos de muerte materna concluyen con el diagnóstico basado en CIE-10 u 11, el diagnóstico sugerido o propuesto por los investigadores puede ser ratificado, si es el mismo, o rectificado si a juicio del comité la causa de muerte fue diferente. De la misma manera que en la clasificación, se debe reclasificar con base en CIE-10 o CIE-11, así:

1. Causa Básica
2. Causas Antecedentes (Intermedias)
3. Causa Directa

Grupos de causas básicas:

Una vez hecha la reclasificación, con el fin de promover un marco común de comparaciones internacionales, el comité debe ubicar la muerte en uno de los nueve grupos de causas básicas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio, definidos por la OMS ⁽⁹⁾:

- Muerte Materna, Directa: Embarazos que terminan en Aborto
- Muerte Materna, Directa: Trastornos Hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
- Muerte Materna, Directa: Hemorragia Obstétrica
- Muerte Materna, Directa: Infección relacionada con el embarazo
- Muerte Materna, Directa: Otras complicaciones obstétricas
- Muerte Materna, Directa: Complicaciones imprevistas del manejo
- Muerte Materna, Indirecta: Complicaciones no obstétricas
- Muerte Materna, no especificada: desconocida/indeterminada
- Muerte No Materna: Causas accidentales o incidentales

Una tabla con explicaciones sobre estos grupos se presenta en el anexo No. 7.

Cuando se trata de muertes maternas institucionales, el primer paso es la custodia del expediente clínico, bajo responsabilidad del epidemiólogo del hospital, este debe ser foliado de inmediato numerando cada una de sus páginas con números correlativos, incluyendo las hojas para exámenes de laboratorio y todas las demás que lo constituyen. Lo más pronto posible se debe realizar una fotocopia a fin de asegurar que se tiene un respaldo del mismo

Con el propósito de contribuir al análisis de los casos que los miembros de los comités para la vigilancia y respuesta de la mortalidad materna deben realizar, es necesario que el jefe de la sala donde falleció la mujer elabore, en medios electrónicos, un **resumen clínico** del caso, que describa todo el proceso de atención clínica, desde el ingreso de la paciente hasta el momento de la muerte.

También para efectos de contribuir con el registro de las muertes maternas en todos los casos el epidemiólogo regional debe llenar la “Hoja Resumen de las Muertes Maternas” (Anexo 8).

7.3.3 REGISTRO

Para mantener el **registro** de todas las muertes maternas los secretarios técnicos de todos los Comités Municipales, de hospitales y regionales deben manejar y mantener actualizada la **“Base de Datos de Muertes Maternas”** que ha sido diseñada por la UVS de la SESAL para tal fin. Esta base contiene todos los datos que están anotados en el IVM-MM y en el IVM-MMI.

Para garantizar el registro y análisis de todas las muertes en la UVS del Nivel central, una copia del IVM-MEF deberá ser entregado de manera mensual a las unidades de vigilancia de la salud de la región correspondiente. Los originales de los instrumentos deben permanecer en el establecimiento de salud.

Una copia de los instrumentos de investigación de las defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio el IVM-MM, el IVM-MMI, el resumen clínico, la hoja resumen y una copia del expediente deben ser enviados al secretario técnico del comité regional en un plazo no mayor de 15 días a partir de la fecha de captación de la muerte.

La jefatura regional a través de su unidad de vigilancia de la salud enviará mensualmente a la Unidad de Vigilancia de la Salud del nivel central copia de todos los

instrumentos de investigación de las defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio clasificadas como muerte materna o muerte no materna.

7.4 ETAPA 2: ANÁLISIS DE LAS MUERTES MATERNAS

Esta etapa del ciclo de la vigilancia es de trascendental importancia para lograr evitar muertes maternas. El análisis es totalmente técnico y científico, con énfasis en la identificación de los problemas que ocurrieron en toda la cadena de atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.

Las medidas administrativas/gerenciales, legales o penales que puedan surgir del proceso de atención a la mujer fallecida, deben ser ejecutadas separadamente de este proceso técnico.

El análisis de los casos se debe realizar tan pronto como le sea posible a las personas designadas por las gerencias de los establecimientos de salud o los coordinadores de los comités y antes de la reunión correspondiente del comité. El responsable de realizar el análisis depende del sitio de la muerte.

En el caso de las muertes comunitarias el responsable es el coordinador municipal o el de la red de servicios al que pertenece el ES al que estaba adscrita la mujer fallecida. En el caso de muertes maternas institucionales el responsable es el epidemiólogo del hospital en conjunto con un especialista en ginecología y obstetricia, de preferencia el jefe del departamento. Es conveniente que también participe el especialista en medicina interna, sobre todo cuando se trate de muertes maternas indirectas.

En todas las situaciones los involucrados en el manejo de la paciente que murió, no deben participar del análisis, aunque si pueden participar en la discusión que se haga en la reunión del comité.

Para facilitar este proceso se ha diseñado el “Instrumento para el análisis de casos de muertes maternas” (Anexo No. 9), este documento facilita la identificación de los problemas que pudieron contribuir a la ocurrencia de la muerte. Este instrumento tiene una sección para el análisis de la evitabilidad de la muerte, para hacerlo se debe utilizar el “Instrumento para el monitoreo del indicador de muerte materna evitable”. (Anexo 10)

También está disponible el instrumento para el análisis de casos de muertes maternas por COVID-19 (Anexo 11).

En el ejercicio se debe tener en cuenta los protocolos de atención durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio como el referente de las cosas que se debieron hacer para brindar atención con calidad durante todo el proceso reproductivo, del embarazo que condujo a la muerte.

El análisis de los casos incluye la aplicación de las tres demoras para establecer situaciones que pudieron contribuir a la muerte en alguno de estos momentos. Cuando se encuentran factores de las demoras 1 y 2, se deben desarrollar acciones a nivel familiar y comunitario y cuando se identifican factores de la demora 3, se deben implementar acciones administrativas o técnicas de diversa índole para resolver los problemas y así evitar muertes maternas por las mismas causas.

7.5 ETAPA 3: HACER RECOMENDACIONES (ELABORAR PLANES DE REDUCCIÓN DE MM)

Las recomendaciones para solucionar los problemas identificados en el análisis deben ser incorporadas en los Planes para la Reducción de la Mortalidad Materna, como actividades y tareas enmarcadas en los grandes objetivos y áreas de acción del Plan Nacional para la Reducción de la MM. Cada una de estas actividades y tareas debe ser específica y alcanzable en el corto o mediano plazo, además se deben establecer las fechas para realizarlas y los responsables, así como los costos y las posibles fuentes de financiamiento. Estos planes deben ser elaborados de acuerdo con el documento normativo: “Lineamientos para la organización y funcionamiento de los comités de vigilancia y respuesta para la reducción de la Mortalidad Materna”.

En todas las reuniones mensuales de los comités se debe hacer un análisis del grado de avance en el cumplimiento de las actividades del plan, revisando el cumplimiento de las actividades previstas para ese periodo o, en caso de que no se hayan realizado la justificación y solución para realizarlas.

Corresponde a la Jefatura de Redes Integradas de Servicios de Salud de las regiones sanitarias dar el seguimiento y monitoreo a la elaboración y ejecución de los Planes para la Reducción de Mortalidad Materna en los niveles regional, municipal y hospitalario.

Aunque sea reiterativo es muy importante destacar que la ejecución de las actividades y tareas del plan son las verdaderas acciones que prevendrán futuras muertes maternas

7.6 ETAPA 4: PRESENTAR INFORMES Y DIVULGAR

El proceso de elaborar, presentar informes y divulgar la información fortalece la vigilancia de la mortalidad y se desarrolla en todos los niveles.

Los secretarios de los Comités municipales y de hospitales deben elaborar un informe mensual después de cada reunión. La UVS de la SESAL ha elaborado un “formato de Informe de comités Municipales y Regionales” y el formato de informe de comités de hospitales que aparecen como anexos en el documento “Lineamientos para la organización y funcionamiento de los Comités para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna”.

Los informes de los comités de vigilancia de la MM municipales y de hospitales deben ser enviados mensualmente al comité regional de vigilancia de la MM, quien debe consolidar los datos de los informes de todos los comités bajo su jurisdicción. El secretario del comité regional (epidemiólogo) debe enviar el consolidado al nivel central y socializarlo en las reuniones mensuales del comité, con instituciones del sector público y cooperantes interesados en el tema.

La Unidad de Vigilancia de la Salud y la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud de nivel central son las responsables de dar seguimiento al funcionamiento de los Comités de Vigilancia de MM regionales. La Unidad de Vigilancia de la Salud es la responsable de elaborar el Consolidado Nacional de los datos, el cual debe ser dado a conocer en el seno del Comité Técnico Nacional quien con base en su análisis debe formular recomendaciones al Comité Nacional.

La Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud (DGRISS) a través de sus dependencias será responsable de lo siguiente:

1. Por medio de Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención (DSPNA) dar seguimiento y monitoria a los planes para la reducción de la Mortalidad Materna

de los establecimientos de salud correspondientes a este nivel tanto centralizado como descentralizado.

2. Por medio de Departamento de Servicios de segundo Nivel de Atención (DSSNA) dar seguimiento y monitoria a los planes para la reducción de la Mortalidad Materna de los establecimientos de salud correspondientes a este nivel tanto centralizado como descentralizado.

En la Unidad de Vigilancia de la Salud a través de la coordinación de Vigilancia de la Mortalidad Materna, con la información contenida en la Base de datos de la mortalidad materna, consolidada para el nivel nacional y debe elaborar informes, anuales sobre la situación de la Razón de Mortalidad Materna a nivel nacional y regional. El informe también debe contener información, para el nivel nacional, sobre las diferentes variables epidemiológicas relacionadas con la mortalidad materna.

Para conocer el avance en la disminución del subregistro de muertes maternas, cada 5 años (por lo menos) se deben realizar estudios sobre la determinación de la Razón de Mortalidad Materna y la Tasa de mortalidad de mujeres en edad fértil, hasta que el subregistro sea cercano al cero.

7.7 ETAPA 5: MONITOREAR LA RESPUESTA Y EVALUAR

Se debe realizar monitoria permanente a los procesos de la vigilancia en todos los niveles del sistema: municipal, regional, hospitalario y nacional.

Los indicadores que se deben medir mensualmente son los siguientes:

- Número de reuniones mensuales realizadas por el comité
- Base de datos de muertes de MEF actualizada
- Base de datos de muertes maternas actualizada
- Porcentaje de actividades del plan de reducción de mortalidad ejecutadas

El comité técnico nacional debe realizar monitoreo permanente de los indicadores siguientes:

- Porcentaje de comités, por tipo (municipales, de hospitales y regionales) organizados y funcionando)
- Número de muertes maternas y de MEF reportadas por cada nivel

Además, periódicamente y cuando estime conveniente, con base en el análisis de los indicadores, debe realizar visitas de supervisión a los niveles locales.

Tanto los comités locales como el técnico nacional deben dar seguimiento permanente a los indicadores siguientes:

- Muertes captadas de mujeres en edad fértil
- Proporción de muertes relacionadas con el embarazo
- Proporción de defunciones relacionadas con el embarazo investigadas
- Proporción de llenado correcto de instrumentos de vigilancia
- Proporción de muertes relacionadas con el embarazo analizadas
- Proporción de muertes maternas
- No. Muertes maternas evitables en hospitales
- No. Muertes maternas evitables en la comunidad
- Indicadores de Near-Miss establecidos en los lineamientos de los comités (hospitales)

Para los efectos de evaluación se debe medir anualmente el indicador de impacto que es la Razón de Mortalidad Materna a nivel nacional y regional y analizar en qué medida se está alcanzando la meta de los ODS que es de 24 muertes maternas por cien mil nacidos vivos para el año 2030.

7.8 VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE

Complementariamente a la aplicación del ciclo del sistema de vigilancia y respuesta de la mortalidad materna, para efectos de mejorar la calidad de atención en los hospitales, se debe realizar el análisis de los casos de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) también conocidos como “Near-Miss” o “casi muertas”.

El proceso se inicia con la identificación de los casos, lo cual se puede hacer de dos maneras:

- En Hospitales que usan el Sistema informático Perinatal (SIP) solamente se consulta el programa, ya que la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) tiene las variables impresas en el reverso de la hoja.
- En los hospitales que no tienen implantado el SIP se debe definir un mecanismo para identificar los casos, por ejemplo, llevar un libro de registro. Los casos que se deben seleccionar son los que cumplen por lo menos un criterio de los incluidos en el cuadro No. 1.

Existen tres grupos de criterios: 1) criterio clínico asociado a una enfermedad específica; 2) criterio basado en una intervención específica; y 3) criterio basado en

una disfunción orgánica o sistémica (OPS, 2021)¹⁸. Los Criterios se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 1: Criterios de la Organización Mundial de la Salud para la definición de morbilidad materna extremadamente grave

Sistema o aparato comprometido	Criterios clínicos	Marcadores de Laboratorio	Criterios Basados en Intervenciones
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Shock • Paro Cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoperfusión (lactato > 45 mg/dl) • Acidosis pH < 7.1 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión continua de agentes vasoactivos • Reanimación cardiovascular
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Cianosis Aguda • Disnea • Taquipnea, FR > 40 rpm • Bradipnea FR < 6 rpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia grave (Saturación de oxígeno < 90% durante 60 minutos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intubación y ventilación NO relacionada con anestesia
Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Azoemia Aguda (creatinina \geq 3.5 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálisis por insuficiencia renal aguda
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombocitopenia aguda severa (< 50,000 plaquetas/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusión masiva de hemoderivados (\geq 4 unidades o reemplazo del 50% de la volemia en las primeras 3 horas)²⁰
Hepático	<ul style="list-style-type: none"> • Ictericia en presencia de Preclampsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperbilirrubinemia aguda: bilirrubina > 6.0 mg%) 	
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Inconciencia prolongada (>12 horas), coma • Accidente cerebrovascular • Crisis epilépticas incontables, estado epiléptico • Parálisis Generalizada 		
Genital			<ul style="list-style-type: none"> • Infección o Hemorragia que lleva a histerectomía
Otros			<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso a UCI

Adaptado de: Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, 2021

Con el fin de mejorar la calidad de la atención, se recomienda que los hospitales analicen los casos de MMEG, de manera similar a la que analizan las muertes maternas. La información proveniente de estos análisis se debe complementar con datos relacionados con la supervivencia de la paciente a la gravedad del evento, las demoras relevantes que existieron en la asistencia, las medidas de prevención a considerar y las acciones a tomar para evitar casos nuevos de MMEG. Además, se debe destacar las acciones que llevaron al buen manejo clínico de la paciente, dado que se logró evitar el resultado negativo, que es la muerte.¹⁸ Para realizar el análisis se debe utilizar el instrumento para el análisis del Near-Miss. (Anexo 12)

Los Comités de Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad materna de los Hospitales, mensualmente deben reportar los indicadores de Near-Miss que se especifican en las tablas siguientes:

Cuadro No. 2: Indicadores relacionados con la morbilidad materna extremadamente grave propuestos por la Organización Mundial de la Salud

Indicador	Descripción	Cálculo	Significancia
Razón de morbilidad materna extremadamente grave	Es el número de eventos de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) por cada 1000 nacidos vivos	$(\text{MMEG}/\text{nacimientos vivos}) \times 1000$	Proporciona una estimación de la cantidad de insumos y la estructura que requerirá un área o una institución en relación con la MMEG
Razón MMEG/MM	Es la razón entre la MMEG y la mortalidad materna (MM)	Casos de MMEG/casos de MM	Un resultado alto indica una mejor calidad de atención (es decir, existen más sobrevivientes por cada caso de muerte materna)
Índice de mortalidad	Es la razón entre el número de muertes maternas y el número de mujeres con alteraciones potencialmente mortales, se expresa en porcentaje	$\text{MM}/(\text{MMEG} + \text{MM}) \times 100$	Cuanto más elevado es el índice de mortalidad, mayor es la cantidad de mujeres con alteraciones potencialmente mortales que mueren (es decir, peor es la calidad de atención)

Tomado de: Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, 2021

7.9 PARTICIPACIÓN DE LOS COMITÉS PARA LA VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA APLICACIÓN DE ESTA GUÍA

Formular recomendaciones (elaboración de los planes) y elaboración de informes (divulgar información), los integrantes, funciones y actividades están definidas en los “Lineamientos para la organización y funcionamiento de los comités para la vigilancia y respuesta de la mortalidad materna”, sin embargo es necesario aclarar en este punto que en el nivel regional los responsables de la Unidad de Vigilancia de la Salud en conjunto con la jefatura de Redes Integradas de Servicios de Salud, organizarán y conformarán los Comités de Vigilancia de MM a nivel municipal y hospitalario; y será la Unidad de Vigilancia de la Salud la encargada de dar el seguimiento correspondiente.

8 BIBLIOGRAFIA.

1. **Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.** *Directrices para la Vigilancia y Respuesta de la Mortalidad Materna, Región de las Américas.* Washington : s.n., 2017. ISBN: 978-0-9827601-8-5.
2. **Organización Mundial de la Salud.** *Tendencias en la Mortalidad Materna de 2000 a 2017.* Ginebra : s.n., 2019. WHO/RHR/19.23.
3. **Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR),.** *Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la mortalidad materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030.* Washington : s.n., 2021. ISBN: 978-1-943408-37-5.
4. **Melendez, J, Ochoa, J y Villanueva, M.** *Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras, Informe Final correspondiente al año 1997.* Tegucigalpa : s.n., 1999.
5. **Rodríguez, Edith, y otros.** *Honduras, Actualización de la razón de mortalidad materna, año 2010.* Tegucigalpa : s.n., 2013.
6. **SESAL.** *Actualización de la Razón de Mortalidad Materna y la Tasa de mortalidad de Mujeres en Edad reproductiva en Honduras para el año 2015.* Tegucigalpa : s.n., 2019.
7. **Organización Panamericana de la Salud.** *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* Washington D. C. : s.n., 1997. ISBN 92 75 31554X.
8. **Souza, Joao, y otros.** *Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health.* Ginebra : s.n., 2009. doi: 10.2471/BLT.08.057828.
9. **OMS.** *La aplicación de la CIE-10 por parte de la OMS a las muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio: CIE MM.* Ginebra : s.n., 2012. ISBN 978 92 4 154845 8.
10. **Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.** *ACUERDO POR EL QUE SE EMITE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA BUSQUEDA ACTIVA Y RECLASIFICACION DE MUERTES MATERNAS .* Mexico D. F. : s.n., 2013.
11. **World Health Organization.** *Maternal death surveillance and response: technical guidance information .* Ginebra : s.n., 2013. ISBN 978 92 4 150608 3.
12. **SESAL.** *Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.* Tegucigalpa : s.n., 2022.

13. **SESAL**, *LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES PARA LA VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MM*. Tegucigalpa : s.n., 2022.
14. **SESAL**, *GUIA PARA OPERATIVIZAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA SECRETARIA DE SALUD*. Tegucigalpa : s.n., 2019.
15. **SESAL**, *PROTOCOLO PARA LA ATENCION EN PLANIFICACION* . Tegucigalpa : s.n., 2019.
16. **SESAL**, *PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCION, EL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y RECIEN NACIDO*. Tegucigalpa : s.n., 2016.
17. **SESAL**, *Guía para la vigilancia de la mortalidad materna en Honduras*. Tegucigalpa M. D. : s.n., 2008.
18. **OPS**, *Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe*; Washington D. C. 2021; ISBN: 978-92-75-32391-5
19. Hill, Kennet; Stanton. Cinthya; Gupta, Neeru; *Medición de la Mortalidad Materna a partir de un censo: Instrucciones para los usuarios*; julio de 2001
20. **FIGO**, *recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022*; DOI: 10.1002/ijgo.14116

9 ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de Vigilancia de la Muerte de Mujeres en Edad Fértil

IVM- MEF

Secretaría de Salud
Unidad de Vigilancia de la Salud

INSTRUMENTO DE VIGILANCIA DE LA MUERTE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 – 49 AÑOS)

No. De caso: _____

Sección I. Datos de la persona que llena el instrumento (Hace la investigación)

1. Nombre completo de quien llena el instrumento _____
 2. Lugar de Trabajo: _____
 3. Fecha de llenado: ____/____/____/

Sección II. Datos del Establecimiento de Salud (ES) que notifica:

1. Nombre del ES: _____ 2. Código RUPS _____ 3. RISS: _____
 4. Región Sanitaria: _____ 5. Municipio _____
 a. UAPS _____ i. Policlínico _____ g. Hosp. de Especialidades _____
 6. Tipo de ES b. CIS _____ e. Hospital Básico _____ h. IHSS _____
 c. SMI _____ f. Hospital General _____ i. Privado _____
 7. Nivel de atención: a. Primer _____ b. Segundo _____
 8. Modalidad de Gestión: a. Centralizada _____ b. Descentralizada _____

Sección III. Datos Generales de la Fallecida

1. Nombre y apellidos completos de la fallecida: _____
 2. Fecha de nacimiento: ____/____/____/ 3. Edad _____ años 4. DNI/PN _____ - _____ - _____
 5. Grupo Poblacional (etnia) al que pertenecía
 a. Ninguno _____ d. Lenca _____ g. Pech _____ j. Otros (especifique) _____
 b. Chortís _____ e. Misquito _____ h. Tawahka _____
 c. Garífuna _____ f. Negro Inglés _____ i. Tolupán _____
 6. Estado civil: a. Soltera _____ b. Casada _____ c. Unión libre _____
 d. Divorciada _____ e. Viuda _____ f. No Consignado _____
 7. Sabía leer y escribir: a. Si _____ b. No _____ c. No Consignado _____
 8. Estudios realizados: a. Ninguno _____ b. Primaria _____ c. Secundaria _____ d. Superior _____ e. No consignado _____
 f. Años Aprobados en el último Nivel _____ 9. Profesión, ocupación u oficio: _____

10. Dirección de residencia: Departamento: _____ Municipio: _____
 Aldea/Caserío: _____ Barrio/Colonia: _____
 Otra referencia del domicilio: _____

11. Residencia
 a. Urbana _____
 b. Rural _____

12. Nombre completo y Número del Tel/celular de la persona que brinda la información: _____

Sección IV. Datos de la defunción

1. Fecha de defunción: ____/____/____/ (Día/Mes/Año) 2. Hora: ____:____ 3. Semana Epidemiológica _____
 4. Especifique sitio donde ocurrió la defunción (Casa, sala de hospital, ambulancia, otro): _____
 5. Clasifique donde ocurrió la defunción: a. Comunitaria _____ b. Institucional _____
 6. Si es Institucional, Nombre del Establecimiento: _____
 7. Si es Comunitaria, Dirección: Departamento: _____ Municipio: _____
 Barrio/Colonia: _____ Aldea/Caserío: _____
 8. Había alguna posibilidad de que la mujer estuviera embarazada cuando murió, o dentro de los 42 días antes de su muerte?
 No _____ Sí _____

Sección V. Causa de la defunción

- | 1. Parte 1 | 2. Código CIE-10 |
|--|------------------|
| a) _____
Causa Directa | a.a _____ |
| b) _____
Causa Antecedente o Intermedia | b.b _____ |
| c) _____
Causa Antecedente o Intermedia | c.c _____ |
| d) _____
Causa Básica | d.d _____ |

3. **Parte 2:** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte (Pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo).

e)

e.e _____

f)

f.f _____

Sección VI. Clasificación Preliminar del caso

1. Con base en las causas de muerte este caso se preclasifica como:

a. Una muerte de MEF que no estaba embarazada, no era parturienta y no era puerpera

Concluya la investigación

b. Una muerte de MEF que ocurrió durante el embarazo, parto, y puerperio

Si es una muerte por causas accidentales o incidentales Concluya la investigación, si es por cualquier otra causa continúe la investigación y complete los instrumentos IVM MM e IVM-MMI

c. Una muerte materna que ocurrió entre los 43 y 365 días después de la terminación del embarazo:

Concluya la investigación,

Versión diciembre 2022.

Enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Kf_pGPUf1aD67PNFJpyB7Dt36G-tSWzW/edit?usp=share_link&ouid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

Instructivo del Instrumento IVM-MEF

Este instrumento debe ser llenado en todos los casos de muertes de MEF, independientemente de la causa y del lugar donde la mujer falleció. A continuación, se describe como debe ser llenada cada una de las variables o ítems de la ficha:

No. De caso: Numero de caso, se compone con el numero de la región, luego el del municipio y finalmente el correlativo de cada municipio, por ejemplo, una muerte de Tegucigalpa sería: 19 (Región), 01 (Municipio), 12 (Correlativo), No. De caso=190112

Sección I. Datos de la persona que llena el instrumento (Hace la investigación)

1. **Nombre completo de quien llena el instrumento:** el nombre completo del funcionario que hace la investigación y llena el instrumento.
2. **Lugar de Trabajo:** Nombre del establecimiento o unidad donde la persona trabaja
3. **Fecha de llenado:** anote el día, mes y año en que se hace la investigación y se llena el instrumento.

Sección II. Datos del Establecimiento de Salud (ES) que notifica:

1. **Nombre del ES:** Anotar el nombre que el establecimiento de salud tiene asignado oficialmente.
2. **Código RUPS:** Anotar el código que le ha sido asignado a ese ES por el Departamento de Estadísticas de la SESAL.
3. **RISS:** anotar el nombre de la red de servicios a que pertenece el ES que reporta, puede ser la RISS priorizada en el marco del nuevo modelo de salud, o la red tradicional o área de salud.

4. **Región Sanitaria:** Anotar el nombre de la región sanitaria, a la cual pertenece el ES que reporta.
5. **Municipio:** anote el nombre del municipio en el que esta ubicado el ES al que acudía la fallecida
6. **Tipo de ES:** marcar con una “x” el tipo que corresponda
7. **Nivel de atención:** marque con una “X” en segundo nivel si es un hospital o en primer nivel si es otro tipo de ES.
8. **Modalidad de Gestión:** Marcar: “centralizada” si el establecimiento de salud pertenece a una Red de Servicios cuya gestión es “tradicional” o sea no es una red gestionada por un “Gestor Descentralizado”; o marcar “Descentralizada” si la red es gestionada por un “Gestor Descentralizado”.

Sección III. Datos Generales de la Fallecida

1. **Nombre y apellidos completos de la fallecida:** Anotar los dos nombres y los dos apellidos de la fallecida, según aparezcan en el DNI o Partida de nacimiento. Si no tiene los cuatro, consignar entre paréntesis.
2. **Fecha de nacimiento:** Anotar día, mes y año en que nació la mujer que falleció
3. **Edad:** Anotar la edad en años cumplidos, por ejemplo, si murió en marzo del 2015 y nació en noviembre de 1983, anote 32 años.
4. **DNI/PN:** copie el número del Documento Nacional de Identidad o el de la partida de nacimiento de la fallecida.
5. **Grupo Poblacional (etnia) al que pertenecía:** Etnia se refiere a los “pueblos originarios”. Marque con una “x” la casilla que corresponde. Se marca “ninguno” si la fallecida no pertenecía a ninguno de los grupos étnicos reconocidos en el país (que son los enunciados en este acápite). Si se identifica un grupo específico márkuelo, en el caso de “otros” es para etnias que no estén enunciadas en el instrumento.
6. **Sabía leer y escribir:** marque la situación que corresponde.
7. **Estudios realizados:** marque con una “x” en la casilla que corresponde al mayor nivel que completó la fallecida y anote los años aprobados en el último nivel, por ejemplo, si llegó a tercer curso de secundaria marque secundaria y anote 3.
8. **Profesión, ocupación u oficio:** Anotar la profesión y/o la principal actividad laboral a la que se dedicaba la fallecida.
9. **Dirección de residencia:** Aquí se debe consignar el lugar donde la fallecida vivió los últimos seis meses. Si en la última residencia vivió menos de seis meses se debe consignar la residencia anterior.

En todos los casos se deben consignar el departamento y el municipio. Las otras categorías dependen de donde vivía la fallecida, puede ser en una aldea, un caserío o un barrio/colonia del municipio.

En la fila “Otra referencia del domicilio” anotar cualquier información que facilite la localización de la vivienda de la fallecida.

10. **Nombre completo y Número del Tel/celular de la persona que brinda la información:** Anotar el nombre y número de celular del familiar que proporciona la información

Sección IV. Datos de la defunción

1. **Fecha de defunción:** anote día, mes y año en que ocurrió la defunción.
2. **Hora:** Si conoce la hora anótela con formato de 24 horas.
3. **Semana Epidemiológica:** anote el numero de la semana epidemiológica en que ocurrió la defunción.
4. **Especifique sitio donde ocurrió la defunción:** anote el lugar donde la mujer fue declarada muerta, es decir se comprobó que se quedó sin signos vitales.
5. **Clasifique donde ocurrió la defunción:** marque con una "X" si la muerte ocurrió en hospital, SMI o ambulancia durante la referencia, marque con una "X" en comunitaria si ocurrió en cualquier otro lugar.
6. **Si es Institucional, Nombre del Establecimiento:** anote el nombre del hospital o SMI donde ocurrió la defunción. Si fue en la ambulancia el nombre es el del establecimiento que refiere.
7. **Si es Comunitaria, Dirección:** Llene los espacios correspondientes.
8. **Había alguna posibilidad de que la mujer estuviera embarazada cuando murió, o dentro de los 42 días antes de su muerte:** Es determinante interrogar al informante para saber si existía la posibilidad de embarazo, para identificar si se trata de una muerte relacionada con el embarazo o no. Marque con una "x" lo que corresponde.

Sección V. Causa de la defunción

1. **Parte 1: Diagnósticos:** anote los diagnósticos correspondientes según el sistema CIE-10. Identificando la cadena de acontecimientos y definiendo, en forma ascendente, causa básica, causas antecedentes (intermedias) y causa directa.
2. **Código CIE-10:** anote los códigos CIE-10 correspondientes a los diagnósticos. Recuerde que todas las causas de muerte materna tienen un código del capítulo XV ("O").
3. **Parte 2: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte:** anotar cualquier condición de salud importante, aunque no haya contribuido a la muerte.

Sección VI. Clasificación Preliminar del caso

Clasifique tomando en consideración la respuesta a la posibilidad de embarazo y el tiempo transcurrido entre la terminación del embarazo y la muerte.

Anexo 2: Base de Datos para el Registro de muertes de MEF

Sección de Identificación del Caso:

• Id	Numero de caso, se compone con el numero de la región, luego el del municipio y finalmente el correlativo de cada municipio, por ejemplo, una muerte de Tegucigalpa seria: 19 (Región), 01 (Municipio), 12 (Correlativo), Id=190112
7 Fecha de Llenado IVM-MEF	La fecha en que se hizo la investigación del caso y se llenó el IVM-MEF

Sección de datos generales de la fallecida:

8 Nombre de la Fallecida=	Nombre completo según aparece en el documento nacional de identificación o partida de nacimiento
9 Edad=	La edad en años cumplidos
10 Identidad=	El número del documento nacional de identificación
11 Etnia=	Se consigna si pertenece a alguna de las etnias reconocidas en el país, como garífuna, lenca, etc.
12 Estado Civil	El estado civil que tenía al momento de fallecer, casada, viuda, etc.
13 Sabe Leer y Escribir=	Se consigna SI o NO
14 Grados de Escolaridad Alcanzado =	Se consigna el último año aprobado consignando el nivel, por ejemplo; primaria 4, llego a cuarto grado de primaria
15 Ocupación=	A que se dedicaba al momento de fallecer

Sección de residencia habitual de la fallecida: Se refiere al lugar donde la fallecida vivía por lo menos seis meses antes del momento de morir,

16 Departamento=	El nombre del departamento al que pertenece el municipio
17 Municipio=	El nombre del municipio al que pertenece la aldea, caserío, barrio o colonia donde la fallecida vivía
18 Aldea, Caserío Barrio o Colonia=	El nombre del lugar donde la persona vivía
19 Urbana o Rural=	Se consigna si es una comunidad urbana o rural

Sección de datos del contacto:

20	Nombre de Quien da los Datos	El nombre de la persona a quien se le realizo la autopsia verbal, en caso de muertes hospitalarias anotar expediente clínico
21	Celular Contacto	Número del teléfono celular de la persona que brindo la información

Sección de datos de la defunción:

22	Región Sanitaria	de donde procedía la fallecida
23	RISS	
24	ES	
25	Modalidad de Gestión	Del establecimiento de salud, centralizado o descentralizado
26	Número de Expediente	El número del expediente clínico si es institucional o de carpeta familiar si es comunitaria
27	Fecha de Defunción	El día, mes y año en que ocurrió la defunción
28	Semana Epidemiológica de Defunción	El número de semana epidemiológica en que ocurrió la defunción
29	Sitio Donde Ocurrió la Defunción	El nombre del lugar donde ocurrió la muerte, hospital, casa, medio de transporte, etc.
30	Muerte Institucional o Comunitaria	Clasificar de acuerdo con las definiciones si fue institucional o comunitaria
31	Si es institucional Nombre ES	El Nombre del Establecimiento de Salud donde ocurrió la defunción
32	Posibilidad Estuviera Embarazada	Se interroga o investiga sobre cualquier posibilidad de que la mujer haya estado embarazada
33	Clasificación de la muerte MEF o materna	Con base en la posibilidad de embarazo clasificar si era una muerte de MEF sin relación con el Embarazo o con relación con el embarazo, materna o no materna
34	Causa Básica (D)	El diagnóstico de la causa básica de la muerte que hizo la persona que lleno el IVM-MEF

35 Código CIE-10 (11)	El código de la clasificación internacional de enfermedades de esta causa básica
36 Causa Intermedia(C)	El diagnóstico de la causa intermedia de la muerte que hizo la persona que lleno el IVM-MEF
37 Código CIE-10 (11)	El código de la clasificación internacional de enfermedades de esta causa intermedia
38 Causa Intermedia (B)	El diagnóstico de la causa intermedia de la muerte que hizo la persona que lleno el IVM-MEF
39 Código CIE-10 11	El código de la clasificación internacional de enfermedades de esta causa intermedia
40 Causa Directa o Inmediata (A)	El diagnóstico de la causa directa de la muerte que hizo la persona que lleno el IVM-MEF
41 Código CIE-10 (11)	El código de la clasificación internacional de enfermedades de esta causa directa

Sección de Otros Estados Patológicos que Contribuyeron a la muerte:

42 Diagnostico E	El diagnostico de otro estado patológico identificado en la investigación
43 Código CIE-10 (11)	El código de la clasificación internacional de enfermedades de este diagnostico
44 Diagnostico F	El diagnostico de otro estado patológico identificado en la investigación
45 Código CIE-10 (11)	El código de la clasificación internacional de enfermedades de este diagnostico

Sección de reclasificación:

46 Diagnostico sospechoso Si/No	Marcar Si= si el diagnostico sugerido en el IVM-MEF corresponde a alguno de los diagnósticos incluidos en la lista de diagnósticos sospechosos de ocultar muertes maternas
47 Investigada Si/No	Marcar Si= si se hizo la investigación posterior para ratificar o rectificar el diagnostico
48 Reclasificada SI/NO	Marcar Si= si la muerte fue reclasificada de muerte de MEF a muerte materna
49 Causa Básica de Reclasificación	El diagnostico que se asignó después de la investigación que llevo a la reclasificación
50 Código CIE-10 (11)	El código de ese diagnóstico

Anexo 4: Formato de Registro de Muertes de MEF

MATRIZ RAPIDA DE MUERTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 49 AÑOS)

No.	NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DEF.	CAUSA DE MUERTE	LLUGAR DE RESIDENCIA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Matriz Rápida elaborada para los cooperantes (Policía, RNP, Cruz Roja, Bomberos, Colaboradores Voluntarios, etc.)

Anexo 5: Instrumento de Vigilancia de las Muertes Maternas (IVM-MM)

SECRETARÍA DE SALUD					
UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD					
					IVM - MM
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN COMUNITARIA DE LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO					
Nombre de la Fallecida: _____				Número de caso: _____	
Sección I. Datos del Establecimiento de Salud:					
1. Nombre del ES que realiza la investigación: _____			2. No. RUPS _____		
3. Región Sanitaria _____			4. RISS _____		
5. Nombre completo del responsable de llenado _____					
Sección II. ANTECEDENTES					
1. Antecedentes personales patológicos previos al embarazo actual					
		SI	No		SI No
a. Hipertensión Crónica	_____	_____	_____	h. Infección Tracto Urinario	_____
b. Diabetes	_____	_____	_____	i. Infección transmisión sexual	_____
c. Cáncer (Cervix, Mama)	_____	_____	_____	j. Enfermedad VIH/SIDA	_____
d. Anemia	_____	_____	_____	k. Desnutrición	_____
e. Tuberculosis	_____	_____	_____	l. Otros	_____
f. Obesidad	_____	_____	_____	m. Especifique: _____	_____
2. Antecedentes ginecológicos y obstétricos (Revise Historia Clínica Perinatal Base en la casa /Unidad de Salud)					
a. Historia Gineobstétrica:	G=	P=	C=	A=	HV=
	_____	_____	_____	_____	_____
				FUP/A=	_____
b. Fecha de última menstruación:	Día _____	Mes _____	Año _____		
c. Fecha probable de parto :	Día _____	Mes _____	Año _____	Confirmada por: a: Clínica _____	b: USG _____
d. Intervalo entre el parto/aborto anterior y la FUM: (espacio intergenésico)	Menor de 24 meses		Si _____	No _____	
e. Presentó Complicaciones después del parto o Cesarea	Si _____	No _____			
3. ¿Presentó alguna Complicación Obstétrica en sus embarazos anteriores ? Si _____ No _____					
Si su respuesta fue Si, especifique cual:					
a. Embarazo Ectópico	_____	f. Hemorragia pos parto	_____		
b. Embarazo Molar	_____	g. Preclampsia/Eclampsia	_____		
c. Amenaza o Parto Pretermino	_____	h. Sepsis puerperal	_____		
d. Placenta Previa	_____	i. Otro	_____		
e. DPPNI	_____	Especifique: _____			
Sección III. Preguntas sobre el embarazo actual: (Revise Historia Clínica Perinatal Base en la casa/ES)					
1. Durante el último embarazo ¿recibió atención prenatal? Si _____ No _____				Si es Si, pase a preg. 3	
2. ¿Porque no recibió atención prenatal?: _____ _____ (pase a la pregunta 9).					
3. ¿Dónde recibió la atención prenatal?	a. UAPS	_____	c. SMI	_____	g. H. Esp.
	b. CIS	_____	e. Hospital Basico	_____	h. IHSS
	c. Policlínico	_____	f. Hospital General	_____	i. Privado
4. Nombre del Establecimiento de Salud: _____					
5. Especifique quién brindó la atención prenatal: Marque con una X lo que corresponda					
a. Médico Ginecoobstetra	_____	d. Auxiliar de Enfermería	_____		
b. Médico general	_____	e. Otro	_____		
c. Enfermera Profesional	_____	Especifique: _____			
6. Número de atenciones prenatales recibidas _____					

7. ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando inició la atención prenatal? _____ Semanas

8. Cuantas semanas de gestación tenía cuando recibió la última atención prenatal? _____ Semanas

Información a verificar en el Establecimiento de Salud:

9. Estaba inscrita en el LISEM: Si ___ No ___

10. Tenía advertencia de riesgos? Si ___ No ___

11. Tenía Plan de Parto? Si ___ No ___

Seccion IV. Patologías durante el embarazo actual (Interroque al Informante y revise información en la HCNB)

1. Pregunte si la señora padeció alguna(s) de las siguientes enfermedades durante su actual embarazo :

a. Diabetes gestacional	_____	h. VIH/Sida	_____
b. Hipertensión Gestacional:	_____	i. Paludismo (Malaria)	_____
d. Pre Eclampsia/Eclampsia	_____	j. Dengue	_____
e. Hemorragia obstétrica	_____	k. Hepatitis	_____
f. Ruptura Prematuras de Memb.	_____	l. Toxoplasmosis	_____
g. Amenaza de Parto Pretermino	_____	m. Infec. de vías urinarias	_____
n. Enfermedades respiratorias:	_____	Especifique : _____	
o. Enfermedades cardiacas:	_____	Especifique : _____	
p. Cancer:	_____	Especifique : _____	
q. Enfermedades renales:	_____	Especifique : _____	
r. Infec. Transmisión Sexual:	_____	Especifique : _____	
s. Otra:	Especifique _____		

2. Recibió atención de urgencia por la enfermedad existente durante el actual embarazo: SI ___ No ___

3. Requirió por esta enfermedad referencia a otro Establecimiento de Salud: Si ___ No ___

4. Durante su embarazo estuvo hospitalizada: Si ___ No ___ Nombre del Hospital: _____

5. Tomaba la mujer algún medicamento? Si ___ No ___ Si su respuesta es Si
Especifique el nombre del medicamento y la dosis: _____

6. ¿Presentó signos de alarma en el embarazo actual?. Si ___ No ___ (Si su respuesta es No, pase a la seccion V)
Si la respuesta es SI, especifique:

- a. Sangrado vaginal _____
- b. Edema (cara/extremidades) _____
- c. Visión Borrosa _____
- d. Epigastralgia _____
- e. Convulsiones _____
- f. Cefalea _____
- g. Presión Alta _____
- h. Fiebre _____
- i. Varices (venas saltadas) _____
- j. Disminución movimientos fetales _____

Resumalo descrito por el entrevistado:

7. ¿Buscó atención medica, al presentar estos signos? Si ___ No ___ Si su respuesta es NO; especifique porque no busco ayuda : _____

Seccion V. Datos de la terminación del embarazo actual

1. Forma en que terminó el embarazo: Aborto ___ Parto ___ Cesarea ___ No termino ___

2. Edad gestacional al momento de la terminación del embarazo: _____ (Semanas cumplidas)

3. Si el embarazo terminó en Aborto/parto, especifique sitio de ocurrencia:

a. Comunidad: _____ b. Establecimiento de Salud: ___ Nombre: _____

4. Fecha en que ocurrió parto/aborto : Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____

5. Si fue parto en la comunidad especifique:

Concluya lo siguiente en base a las respuestas del entrevistado:

a. ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? ____ Horas ____ Días No recuerda ____

b. ¿Quién atendió el parto? Marque en el cuadro que corresponde

b.1. Auxiliar de enfermería ____ b.3 Partera capacitada ____ b.5 Otro Especifique:

b.2 Esposo ____ b.4 Ella misma ____

6. Presentó la mujer signos de peligro durante el trabajo de parto/aborto: (marque el que corresponde)

a. Rotura Prematura de membranas ____	f. Convulsiones (Ataques) ____
b. Edema (Cara/extremidades) ____	g. Alta Presión ____
c. Presentación fetal anormal ____	h. Hemorragia ____
d. Retención placentaria ____	j. Otro ____
e. Fiebre ____	Especifique: _____

7. La placenta salió : a. Espontáneamente ____ b. manual ____ c. no salió ____

8. Condición del recién nacido: a. Vivo b. Muerto c. No nació

9. Si fue aborto, le practicaron legrado Si ____ No ____ 11. Presento Hemorragia o Infeccion Si ____ No ____

12. Describa según lo que relata la familia cuál fue la condición de la mujer después del parto:

Seccion VI. Datos del puerperio (No llene esta seccion si murió durante el embarazo o parto)

1. ¿Presentó complicaciones en el puerperio?: Si ____ No ____

Si su respuesta es Si, especifique que presentó:

2. ¿Presentó algún signo de peligro, durante el Puerperio, antes de morir? Marque según corresponda

- | | |
|-------------------|---------------------------------|
| a. Fiebre ____ | b. Problemas para respirar ____ |
| c. Sangrado ____ | d. Loquios fétidos ____ |
| e. Convulsio ____ | f. Palidez ____ |
| g. Coma ____ | |
| h. Otros ____ | Especifique: _____ |

3. Recibió atención puerperal Si ____ No ____

4. Lugar donde recibió la atención puerperal:	a.UAPS ____	c. SMI ____	g. H. Esp. ____
	b. CIS ____	e. Hospital Basico ____	h. IHSS ____
	c. Policlínico ____	f. Hospital General ____	i. Privado ____

5. Nombre Establecimiento de Salud: _____

6. ¿A los cuantos días después del parto recibió la atención puerperal ? ____ Días

Sección VII: Análisis de las Demoras (Interrogue al familiar y marque en la opción que corresponde)

1. Cuánto tiempo pasó después que la familia/responsable identificó señales de alarma (en el embarazo, parto y puerperio) hasta el momento que decide buscar ayuda:

- a. Tiempo para identificar el problema: minutos ____ horas ____ días ____ semanas ____ meses ____
 b. No identificaron señales de alarma o peligro ____

2. Cuánto tiempo pasó desde que la familia/responsable decidió buscar ayuda hasta el momento que llegó al Establecimiento de Salud/Hospital:

- a. Tiempo para buscar ayuda: minutos ____ horas ____ días ____ semanas ____ meses ____
 b. No buscaron ayuda ____

3. Cuánto tiempo pasó desde que llegó al Establecimiento de salud/Hospital y recibió atención:

- a. Tiempo para recibir la atención: minutos ____ horas ____ días ____ semanas ____ meses ____
 b. No buscaron atención ____

4. Total de tiempo transcurrido desde la identificación de señales de alarma hasta la muerte

(resulta de sumar todos los tiempos): ____ min ____ horas ____ días ____ semanas ____ meses ____

Identificando demora 1: Tomando la decisión de buscar ayuda

1. La familia identificó los riesgos que tenía la mujer? Si ____ No ____

2. Identificó la familia que la señora debería ser atendida en un establecimiento de salud:
 Si ____ No ____

3: Tomaron alguna decisión? Si ____ No ____ No identificaron riesgos ____

4. Quién fue el responsable de tomar una decisión :

- a. Ella misma ____ b. Su pareja ____ c. Madre de la señora ____ d. Partera ____

e. Suegra de la mujer ____ d. Otro ____ Especifique: _____

5. Una vez que escuchó al entrevistado concluya: ¿Que factor condicionó a que la familia tomará su decisión?:

- a. Cultural ____ b. Falta de reconocimiento del riesgo ____
 c. No sabían a donde acudir ____ d. No había con quien dejar a los otros hijos ____
 e. Estaba sola, no había quien ____ f. Falta de Confianza en servicios de salud ____
 g. Otro ____ Especifique: _____

Clasifique:

Demora 1:
 Si ____
 No ____

Principal factor (s) identificado:

Demora 2: Identificando dificultades presentadas para buscar atención médica

1. Una vez que se identificó la gravedad y/o complicación, ¿Que problema existió, para buscar atención para la mujer?:

- a. Buscaron atención de inmediato ____ e. Mal estado de los caminos ____
 b. Falta de transporte ____ f. Comunidad de difícil acceso geográfico ____
 c. El Establecimiento de salud muy lejos ____ g. Otra dificultad ____
 d. Falta de dinero para cubrir los gastos ____ h. Especifique: _____

2. Medio de transporte utilizado para traslado : _____

3. Recibió apoyo para realizar el traslado de la mujer: Si ____ No ____

Especifique quien lo apoyó: _____

4. Recibió apoyo de Organizaciones Comunitarias (Comités de salud, patronatos, voluntarios de salud): Si ____ No ____; Si es sí, ¿Cuál?

Clasifique:

Demora 2
 Si ____
 No ____

Principal factor (s) identificado:

Demora 3: Dificultades identificadas por la familia en el sitio donde se brindó la última atención (Si no recibió atención, continúe con la sección XIV)		Clasifique:
1. Consideran que en la Establecimiento de Salud donde recibió la última atención fue atendida oportunamente Si ___ No ___		Demora 3 Si ___ No ___
2. Cuanto tiempo espero para recibir la atención: especifique : _____ Minutos _____ Hora		Principal factor identificado:
3. Identificaron que faltó algún equipo o insumos para su atención: Si ___ No ___ No sabe ___ Si la respuesta es SI, especifique que faltó?: _____		
4. La familia menciona que faltó algún medicamento para su atención: Si ___ No ___ No sabe ___ Si la respuesta es SI, especifique que faltó?: _____		
5. Fue referida la mujer a otra Establecimiento de Salud: Si ___ No ___		
6. Medio de transporte que se utilizó para referirla: a. Ambulancia ___ b. Carro paila ___ c. Transporte público ___ d. Otro ___ ; Cual _____		
Sección VIII Clasificación del caso		
1. Parte 1, Causas de Muerte		
a) _____ Causa Directa		3. Código CIE10 a.a _____
b) _____ Causa Antecedente (Intermedia)		b.b _____
c) _____ Causa Antecedente (Intermedia)		c.c _____
d) _____ Causa Basica		d.d _____
2. Parte 2. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte (Pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo).		
e) _____		e.e _____
f) _____		f.f _____
4. Conclusiones finales del caso:		
a. Con base en los diagnosticos clasifique:		
a.1 Muerte materna ___ a.2 Muerte "No materna" (Debida a causas accidentales o incidentales) ___		
b. Si fue muerte materna, especifique:		
b.1 Muerte Materna Obstétrica Directa ___ b.2 Muerte Materna Obstétrica Indirecta ___		
Version Diciembre 2022		

Enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Kf_pGPUf1aD67PNFJpyB7Dt36G-tSWzW/edit?usp=share_link&ouid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

Instructivo para el llenado del IVM-MM

Este instrumento es complementario con el IVM-MEF, por lo tanto, los datos generales aparecen en ese documento y este se debe vincular con él a través del nombre de la fallecida y el número de caso.

Nombre de la Fallecida: copie el nombre de la fallecida del IVN.MEF

Número de caso: copie el número que le asigno en el IVM-MEF

Sección I. Datos del Establecimiento de Salud

1. **Nombre del ES que realiza la investigación:** Anotar el nombre que el establecimiento de salud tiene asignado oficialmente.
2. **No. RUPS:** Anotar el código que le ha sido asignado a ese ES por el Departamento de Estadísticas de la SESAL.
3. **Región Sanitaria:** Anotar el nombre de la región sanitaria a la cual pertenece el ES que reporta.
4. **RISS:** anotar el nombre de la red de servicios a que pertenece el ES que reporta, puede ser la RISS priorizada en el marco del nuevo modelo de salud, la red tradicional o área de salud.
5. **Nombre completo del responsable de llenado:** Anotar el nombre completo del funcionario que realiza la investigación para llenar el instrumento.

Sección II. ANTECEDENTES

1. **Antecedentes personales patológicos previos al embarazo actual:** marque con una "x" la casilla que corresponde, si la respuesta es "otros" especificar cualquier otro antecedente patológico que haya presentado la mujer.
2. **Antecedentes ginecológicos y obstétricos:** Revise Historia Clínica Perinatal Base en la casa /Establecimiento de Salud.
 - a. **Historia Gineobstétrica:** Anote el número de cada evento obstétrico sin incluir el embarazo actual.
FUP/A: anote día, mes y año de la fecha en que finalizo el ultimo evento obstétrico
 - b. **Fecha de última menstruación:** anote en el espacio día, mes y año en que se inició su último periodo.
 - c. **Fecha probable de parto:** anote en el espacio día, mes y año. Marque con una "x" la casilla correspondiente a la confirmación.
 - d. **Intervalo entre el parto/aborto anterior y la FUM: (espacio intergenésico) menor de 24 meses:** marque con una "x" la casilla correspondiente. La respuesta es "SI", si el tiempo transcurrido entre la fecha de finalización del embarazo anterior y la de inicio del embarazo actual es menor de 24 meses.
 - e. **Presentó Complicaciones después del parto o cesárea:** Marque con una "x" la casilla que corresponda.
3. **¿Presentó alguna Complicación Obstétrica en sus embarazos anteriores?** Si no tuvo complicaciones marque con una "X" en NO, si tuvo marque si y también marque con "X" la o las complicaciones presentadas.

Sección III. Preguntas sobre el embarazo actual:

1. **Durante el último embarazo ¿recibió atención prenatal?** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “si” pase a la pregunta 3. Si la respuesta es “no”, continúe con la pregunta 2, y luego pase a la pregunta 9.
2. Explique la razón por la cual no recibió atención prenatal.
3. **¿Dónde recibió la atención prenatal?** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
4. **Nombre del Establecimiento de Salud:** Anote el nombre oficial del ES donde fue atendida.
5. **Especifique quién brindó la atención prenatal:** Especifique quien brindó la atención prenatal de acuerdo con los ítems que se enuncian. Si la respuesta es “otros”, especifique el cargo de la persona que brindó la atención prenatal.
6. **Número de atenciones prenatales recibidas:** Especifique el número de atenciones que recibió la mujer en el embarazo vinculado a la muerte.
7. **¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando inició la atención prenatal?** Especifique cuántas semanas cumplidas de embarazo tenía la mujer fallecida cuando recibió la atención prenatal.
8. **¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando recibió la última atención prenatal?** Especifique cuántas semanas cumplidas de embarazo tenía la mujer fallecida cuando recibió la última atención prenatal.

Información a verificar en el Establecimiento de Salud:

9. **Estaba inscrita en el LISEMB:** Especifique si la mujer se encontraba registrada en el listado de las embarazadas.
10. **¿Tenía advertencia de riesgos?:** Marque con una (x) la casilla que corresponda.
11. **¿Tenía Plan de Parto?:** Marque con una (x) en el espacio que corresponde.

Sección IV. Patologías durante el embarazo actual

1. **Pregunte si la señora padeció alguna(s) de las siguientes enfermedades durante su actual embarazo:** Si la mujer padeció alguna de las enfermedades que se mencionan en el enunciado, marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es positiva de los incisos n. a s., especifique en el espacio que corresponde.
2. **¿Recibió atención de urgencia por la enfermedad existente durante el actual embarazo?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
3. **¿Requirió por esta enfermedad referencia a otro ES?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
4. **¿Durante su embarazo estuvo hospitalizada?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda y especifique el nombre del hospital donde estuvo ingresada.

5. **¿Tomaba la mujer algún medicamento?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es (si), especifique el nombre del medicamento y la dosis.
6. **¿Presentó signos de alarma en el embarazo actual?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda, si la mujer presentó alguno de los signos de alarma enunciados en los incisos, realice un breve resumen de los signos que refirió el entrevistado. Si la respuesta es “no”, pase a la sección VIII.
7. **¿Buscó atención médica, al presentar estos signos?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “no”, especifique las razones.

Sección V. Datos de la terminación del embarazo actual

1. **Forma en que terminó el embarazo:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
2. **Edad gestacional al momento de la terminación del embarazo:** Especifique el número de semanas cumplidas al momento de la terminación del embarazo. Ej. Si llegó con 25 semanas y 6 días, anote 25.
3. **Si el embarazo terminó en Aborto/parto, especifique sitio de ocurrencia:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “otros”, especifique el sitio de ocurrencia.
4. **Fecha en que ocurrió parto/aborto:** Especifique en orden, día, mes, año y hora en que ocurrió el parto/aborto.
5. **Si fue parto en la comunidad especifique:**
 - a. **¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto?:** Especifique el tiempo en horas y días que duró el trabajo de parto. Si el entrevistado no recuerda, marque con una (x) en el espacio que corresponde.
 - b. **¿Quién atendió el parto?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si la respuesta es “otro”, especifique quién atendió el parto, incluye a las parteras no capacitadas.
6. **Presentó la mujer signos de peligro durante el trabajo de parto/aborto:** Marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si la respuesta es “otro”, especifique cuál signo de peligro presentó.
7. **La placenta salió:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
8. **Condición del recién nacido:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
9. **Si fue aborto, le practicaron legrado:** Marque según corresponde
10. **Presento Hemorragia o Infección:** Marque según corresponde
11. **Describa según lo que relata la familia cuál fue la condición de la mujer después del parto:** Escriba en forma narrativa cuál fue la condición de la mujer después del parto.

Sección VI. Datos del puerperio

1. **¿Presentó complicaciones en el puerperio?** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, describa de forma narrativa las complicaciones que presentó durante el puerperio.
2. **¿Presentó algún signo de peligro, durante el puerperio, antes de morir?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si la respuesta es “otros”, especifique los signos de peligro que presentó
3. **¿Recibió atención puerperal?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
4. **Lugar donde recibió la atención puerperal:** Marque con una “X” lo que corresponde.
5. **Nombre Establecimiento de Salud:** anote el nombre oficial del ES donde recibió la atención puerperal.
6. **¿A los cuantos días después del parto recibió la atención puerperal?** Anote el número de días después del parto a los que se brindó la atención puerperal.

Sección VII: Análisis de las Demoras

1. **Cuánto tiempo pasó después que la familia/responsable identificó señales de alarma durante el embarazo, parto y puerperio:** Interrogue al entrevistado en relación con aquellos factores que pudieron condicionar la búsqueda de atención médica. Si no identificaron señales de alarma o peligro, marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si se identificaron señales de alarma o peligro, señale el tiempo en minutos, horas, días, semanas o meses, que tardaron en identificar el problema.
2. **Cuánto tiempo pasó desde que la familia/responsable decidió buscar ayuda hasta el momento que llegó a la ES/Hospital:** Interrogue al entrevistado en relación con aquellos factores que pudieron condicionar la llegada al establecimiento de salud. Si no buscaron ayuda, marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si buscaron ayuda, señale el tiempo en minutos, horas, días, semanas o meses que tardaron en trasladar a la mujer de su casa al ES.
3. **Cuánto tiempo pasó desde que llegó a la ES/Hospital y recibió atención:** Interrogue al entrevistado en relación con aquellos factores que pudieron condicionar la oportunidad y la calidad de la última atención médica. Si no buscaron atención, marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si buscaron atención, señale el tiempo en minutos, horas o días que esperaron para recibir la atención.
4. **Total de tiempo transcurrido desde la identificación de señales de alarma hasta la muerte:** se calcula sumando todos los tiempos, anote en el espacio que corresponde.

Identificando demora 1: Tomando la decisión de buscar ayuda. Clasifique la demora marcando “x” en la casilla que corresponda. Escribir en el espacio el principal factor identificado para clasificar la demora.

1. **¿La familia identificó los riesgos que tenía la mujer?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.

2. **¿Identificó la familia que la mujer debería ser atendida en un establecimiento de salud?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
3. **¿Tomaron alguna decisión?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
4. **¿Quién fue el responsable de tomar una decisión?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “otros”, especifique quién fue el responsable de la toma de decisión.
5. **Una vez que escuchó al entrevistado, concluya: ¿Qué factor condicionó que la familia tomará su decisión?** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “otros”, especifique el factor que condicionó a que la familia tomará una decisión.

Demora 2: Identificando dificultades presentadas para buscar atención médica. Clasifique la demora, marcando “x” en la casilla que corresponda. Escribir en el espacio el principal factor identificado para clasificar la demora.

1. **Una vez que se identificó la gravedad y/o complicación ¿Qué problema existió para buscar atención para la mujer?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponde. Si tuvo otra dificultad, especifique.
2. **Medio de transporte utilizado para el traslado:** Especifique el medio de transporte que se utilizó para el traslado de la mujer.
3. **Recibió apoyo para realizar el traslado de la mujer:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
Especifique quién apoyó: En el espacio que corresponde, escriba quién le brindó el apoyo.
4. **¿Recibió apoyo de Organizaciones Comunitarias?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.

Demora 3: Dificultades identificadas por la familia en el sitio donde se brindó la última atención. Clasifique la demora, marcando “x” en la casilla que corresponda. Escribir en el espacio el principal factor identificado para clasificar la demora.

1. **Consideran que en la estableciendo de Salud donde recibió la última atención fue atendida oportunamente.** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
2. **¿Cuánto tiempo espero para recibir la atención?:** Especifique el tiempo en minutos y horas.
3. **¿Identificaron que faltó algún equipo o insumos para su atención?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, especifique que insumo faltó.
4. **¿La familia menciona que faltó algún medicamento para su atención?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, especifique qué medicamento faltó.
5. **Fue referida la mujer a otra Establecimiento de Salud:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.

6. **Medio de transporte que se utilizó para referirla:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “otros” especifique el medio de transporte.

Sección VIII. Clasificación del caso

- Causas de Muerte:** Anote los diagnósticos correspondientes según el sistema CIE-10, identificando la cadena de acontecimientos y definiendo en forma ascendente, causa básica, causas antecedentes (intermedias) y causa directa.
- Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte (Pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo):** Anote los estados patológicos que contribuyeron a la muerte.
- En la columna que está ubicada a la derecha anote los códigos CIE-10 correspondientes.
- Conclusiones finales del caso:** En base a los diagnósticos que anotó en la sección anterior concluya si se trata de una “muerte materna” o “no materna”, marcando con una “x” en la casilla que corresponda.

Si la muerte es “materna”, clasifique si es “obstétrica directa” u “obstétrica indirecta” marcando con una “x” en la casilla que corresponda.

Anexo 6: Instrumento de Vigilancia de la Mortalidad Materna Institucional (IVM-MMI)

SECRETARÍA DE SALUD UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD		
		IVM - MMI
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN DE LAS MUERTES INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO		
Nombre Completo de la Fallecida: _____		Número de caso: _____
Sección I. Datos del Hospital o SMI		
1. Nombre del Hospital: _____	2. No. RUPS _____	
3. Tipología: Básico <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Especializadas <input type="checkbox"/> Instituto <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/>		
4. Tipo de gestión: a. Centralizada <input type="checkbox"/> b. Descentralizada <input type="checkbox"/> c. Mixta <input type="checkbox"/>		
5. Fecha de llenado del Instrumento: _____ (d/m/a)		
6. Región Sanitaria _____		7. RISS _____
8. Nombre completo del responsable del llenado: _____		
Sección II. Antecedentes		
1. Tenía antecedentes de hospitalización previa en el último año o durante el embarazo que condujo a la muerte :		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consignado <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es Sí, ¿Cuál fue la razón de la hospitalización?
a. Hemorragia del primer semestre: <input type="checkbox"/>	g. Desprendimiento P. de placenta: <input type="checkbox"/>	m. Enf. Transmisión Vectorial <input type="checkbox"/>
b. Amenaza de parto pre término: <input type="checkbox"/>	h. Restricción del Crecimiento IU: <input type="checkbox"/>	n. Otras <input type="checkbox"/>
c. Embarazo múltiple: <input type="checkbox"/>	i. Infección urinaria: <input type="checkbox"/>	cuales: _____
d. Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/>	j. Sepsis: <input type="checkbox"/>	
e. Trastorno hipertensivo: <input type="checkbox"/>	k. Sospecha de tromboembolismo: <input type="checkbox"/>	
f. Placenta previa: <input type="checkbox"/>	l. Diabetes: <input type="checkbox"/>	
Sección III. Patologías durante el embarazo actual (revise información en la Historia Clínica Perinatal Base)		
1. Padeció alguna de las siguientes enfermedades durante su embarazo :		
a. Diabetes gestacional <input type="checkbox"/>	h. Infección de vías urinarias <input type="checkbox"/>	o. Chikungunya <input type="checkbox"/>
b. Hipertensión Gestacional <input type="checkbox"/>	i. Anemia <input type="checkbox"/>	p. Hepatitis <input type="checkbox"/>

9. ¿Presentó signos de riesgo en el embarazo actual? Si ___ No ___ (Si su respuesta es No, pase a la sección IV)

Si su respuesta es SI, especifique:

- | | | | | | |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| a. Sangrado vaginal | ___ | i. Hemorragia trasvaginal | ___ | p. Dis. Movs. Fetales | ___ |
| b. Edema (cara/extremidades) | ___ | j. Ausencia de Movs. Fetales | ___ | q. Amaurosis (ceguera) | ___ |
| c. Visión Borrosa | ___ | k. Palidez Muco cutanea | ___ | r. Fetidez del area genital | ___ |
| d. Epigastralgia | ___ | l. Cefalea | ___ | s. A. Uterina en pre termino | ___ |
| e. Convulsiones | ___ | m. Hipertension Arterial | ___ | t. Proteinuria | ___ |
| f. Trastornos de Conciencia | ___ | n. Fiebre | ___ | u. R. P. de Membranas | ___ |
| g. Hiper-reflexia | ___ | o. Varices en Msls | ___ | v. Varices | ___ |
| h. Pulso rapido y debil | ___ | | | | |

10. ¿Buscó atención médica, al presentar estos signos? Si ___ No ___ No se Sabe ___

Sección IV. Datos del Ingreso Hospitalario

1. Fecha y hora de llegada al hospital: ___/___/___, ___:___ 2. Fecha y hora de la primera atención: ___/___/___, ___:___

3. Fecha y Hora del Ingreso: ___/___/___, ___:___

4. ¿Cuál es condición obstétrica al momento del ingreso: a. Embarazo ___ b. Parto ___ c. Puerperio ___

Si la paciente ingreso en trabajo de parto o puerperio continúe con las siguientes preguntas:

a. Especifique el tiempo transcurrido de presentar actividad uterina: ___ horas

b. Hubo ruptura prematura de membranas antes de su ingreso: Si ___ Horas de evolución ___ No ___ No consignado ___

5. Presentaba alguna complicación la paciente en la primera atención en el hospital : a. Si ___ b. No ___

Cual fue la complicación que presentaba: _____ (Ej.: Hemorragia, hipertensión arterial, Sepsis, etc.)

6. Registre el tiempo de evolución de su cuadro actual según la nota de ingreso: _____

Personal que atendió: ME ___ MR III ___ MR II ___ MR I ___ MG ___ MSS ___ EP ___ A/E ___ EST. ___

8. Especifique quien ordenó el ingreso: ME ___ MR III ___ MR II ___ MR I ___ MG ___ MSS ___ EP ___ A/E ___ EST. ___

9. ¿Fue reportada la paciente al Gineco obstetra o profesional de mayor

Si ___ Tiempo después de detectada la complicación _____ No ___ No Consignado ___

10. ¿Fue evaluada por Gineco obstetra?

Si ___ Tiempo después de haber sido reportada: _____ No ___ No consignado ___

11. En la nota de ingreso se identifica que hubo percepción del riesgo: Si ___ No ___

12. ¿Al momento del ingreso hubo reporte del Riesgo en las ordenes del Médico? Si ___ No ___ No lo ameritaba ___

13. Fueron los exámenes laboratoriales o de gabinete considerados para el diagnóstico y manejo del caso? Si ___ No ___

14. Registre a continuación el manejo médico que se indico al ingreso.

15. Evalúe, utilizando el Protocolo correspondiente, si el manejo del caso al momento del ingreso, fue de acuerdo a las normas vigentes a. SI ___ b. NO ___

16. Que aspecto de la norma no se cumplieron al momento del ingreso y porque?

Sección V. Datos de la hospitalización y terminación del embarazo actual

1. Forma en que terminó el embarazo: a. Aborto ___ Parto ___ Cesarea ___ No termino ___

2. Edad gestacional al momento de la terminación del embarazo: _____ (Semanas cumplidas)

3. Tipo de parto: a. Comunitario ___ B. Institucional ___

4. Si el embarazo terminó en Aborto/Parto, especifique sitio de atención:	Comunidad:	a. Casa:	c. Otro: _____			
	Institución:					
	a. SMI	___	d. De Especialidades	___	g. Hospital Privado	___
	b. Hospital Básicc	___	e. Instituto	___	h. Clínica Privada	___
	c. Hospital General	___	f. Hospital del IHSS	___		

5. Parto fue: a. Espontaneo ___ b. Instrumentado ___ c. Cesarea ___

6. Presentación fetal al momento del parto: a. Vértice ___ b. Cara ___ c. frente ___ d. Pélvico ___

7. Fecha en que ocurrió parto/aborto : Día ___ Mes ___ Año ___ Hora del parto _____

8. ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? ___ Horas ___ Días

9. ¿Hubo ruptura de membranas antes del trabajo de parto? A. Si ___ b. No ___

10. ¿Cuanto tiempo pasó entre la ruptura de membranas y el nacimiento? ___ Horas,

11. ¿Se realizó inducción del trabajo de parto?
 Sí ___ Especifique la indicación _____ el medicamento utilizado: _____ No ___ No Consignado ___

12. ¿Se realizó conducción del trabajo de parto?
 Sí ___ Especifique la indicación _____ No ___ No Consignado ___

13. ¿Quien atendió el parto en el hospital? Marque en el cuadro que corresponde
 a. Auxiliar de enfermería ___ b. Estudiante ___ c. Residente ___ d. Médico General ___ e. G.O ___ Otro ___ Especifique: _____

14. La placenta salió : a. Espontáneamente ___ b. Manual ___ c. Quirúrgico ___ d. No salió

15. Período de Alumbramiento: a. Menos de 19 Minutos ___ b. más de 18 minutos ___ c. No sabe ___ 16. Placenta Completa: SI ___ NO ___

17. Realizó Manejo Activo del tercer período del parto SI ___ NO ___ Aplicó 10 UI de Oxitocina ___ Trac/Contracción ___ Mas. Uterino ___

18. ¿Se realizó de forma adecuada la atención del puerperio inmediato? Si ___ No ___ Sin información ___
 Evaluó PA, pulso, involución y características de loquios c/15' la primera hora y c/30' la segunda hora. SI ___ NO - ___

19. Presentó complicaciones durante su estancia hospitalaria? a. Si ___ b. No ___ c. no consignado ___
 Si la respuesta es SI especifique cual:
 a. Hemorragia de la Primera mitad ___ g. Trabajo de parto prolongado ___ m. CID ___
 b. Hemorragia de la segunda mitad ___ h. Hipertensión Arterial Crónica ___ n. Comp. de anestesia ___
 c. Hemorragia posparto ___ i. Cardiopatía ___ o. Otros : ___
 d. Pre eclampsia ___ j. Nefropatía ___ Especifique: _____
 e. Eclampsia ___ k. Transmisión Vectorial ___
 f. Sepsis Obstétrica ___ l. Trombo-Embolismo ___

20. ¿Había médico especialista al momento del diagnostico de la complicación? a. Si ___ b. No ___
 Si su respuesta fue "No" especifique por que no había Médico especialista: _____

21. ¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por el médico Gineco obstetra?
 a. Si ___ (Tiempo: ___ hrs ___ Min) b. No ___ Especifique por qué no: _____

22. ¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por otros ME si el caso lo ameritaba? a. Si ___ b. NO ___
 Si es si ¿Qué médicos especialistas la evaluaron? _____

23. ¿Cuando ocurrió la complicación del caso hubo reporte de gravedad en las notas de evolución? a.Si ___ b. NO ___

24. ¿Hubo hemorragia postparto? a. No ___ b. SI ___ ¿En qué momento se identificó? Especifique tiempo: ___ horas ___ Minutos

25. hubo otras complicaciones en el puerperio
 a. Endometritis ___ d. Preclampsia /Eclampsia ___ g. Sin información ___
 b. Peritonitis ___ e. Embolia obstétrica ___ h. Otras (especifique) ___
 c. Septicemia / Choque séptico ___ f. Depresión postparto ___

26. El manejo de estas complicaciones fue de acuerdo a los Protocolos Correspondientes vigentes? a. Si ___ b. NO ___
 Si su respuesta es NO especifique: _____

Seccion VI. Datos en caso de muertes por aborto

1. ¿Presentó algún signo de peligro, antes ó después del aborto, antes de morir? Marque según corresponda

a. Fiebre	___	Especifique:	_____
b. Sangrado vaginal	___		_____
c. Loquios fétidos	___		_____
d. Convulsiones	___		_____
e. Problemas para respirar	___		_____
f. Otros	___		_____

2. El aborto fue: a. espontáneo ___ b. provocado ___ c. No sabe ___ 3. Edad gestacional al momento del aborto ___ Semanas

4. Presentó complicaciones por el aborto a. Si ___ b. No ___ c. No sabe ___

Si su respuesta fue Si, Especifique cuál: _____

5. Le practicaron legrado: a. No ___ b. Si ___ Donde: _____

6. Tipo de Legrado Uterino: a. Instrumental ___ b. AMEU ___ 7: Tiempo transcurrido desde el ingreso al legrado _____

8. El manejo durante el aborto fue de acuerdo a los Protocolos Correspondientes vigentes? a. Si ___ b. No ___

Si la respuesta es NO especifique: _____

Seccion VII. SERVICIOS DE APOYO

ENFERMERIA

1. Hay revisión de órdenes médicas por enfermera jefe de sala/supervisora: Sí ___ No ___

Si su respuesta es "No" explique por qué no: _____

2. En la sala de hospitalización se cumplió con las órdenes médicas: Si ___ Parcialmente ___ No ___

Especifique porque se cumplió parcialmente o no se cumplió _____

3. Revise si hay nota de enfermería en todos los turnos, mientras la mujer estuvo ingresada Si ___ NO ___

4. El personal de enfermería, ¿advirtió en sus notas la gravedad del caso? Si ___ NO ___

5. ¿El personal de enfermería tomo alguna acción al detectar la gravedad del caso? Si ___ NO ___

Si la respuesta es afirmativa especifique: _____

6. El tiempo transcurrido entre la indicación del medicamento y su aplicación por enfermería fue de:

Menos de 30 min ___ De 31 a 59 minutos ___ De 1 a 2 horas ___ Mas de 2 horas ___ No le aplicaron ___ No consignado ___

LABORATORIO Y GABINETE

7. Se indicaron todos los exámenes de laboratorio y de gabinete que, de acuerdo al caso, se deben hacer según el protocolo correspondiente: Sí ___ No ___ Especifique _____

8. Se hicieron todos los exámenes indicados Sí ___ No ___ Especifique: _____

9. Se comentaron los resultados de estos exámenes? Sí ___ No ___ Especifique: _____

AMBULANCIA

10. ¿Estaba disponible la ambulancia del hospital para su referencia a otro centro de mayor complejidad? Sí ___ No ___

Si es no Porque: _____

Seccion VIII. REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO

1. Conformación del expediente clínico

a. Hoja de Hospitalización ___ e. Hojas de evolución y ordenes medic: ___ i. Hoja de epicrisis ___

b. Hoja de signos vitales ___ f. Hoja de Notas de enfermería ___ j. Reporte de defunción ___

c. Historia Clínica Perinatal Base ___ g. Hoja de medicamentos ___ k. Hoja de referencia ___

d. Partograma ___ h. Hojas de resultados de Laboratorio ___ l. Hoja de anestesia (si aplica) ___

2. Disponible: Si ___ No ___ Si es NO porque: _____

3. Esta Foliado? Si ___ No ___ (fecha ___/___/___)

4. Reporte de la defunción

a. El médico firmo y selló el reporte de defunción: Si ___ No ___

b. El reporte de defunción está completamente lleno: Si ___ No ___

Seccion IX. Dificultades/Limitantes identificadas en el hospital (Identificando Demora 3)

Lenado por el Servicios/Departamento de Obstetricia, en base al analisis del expediente

1. Considera que la atención en la emergencia fue oportuna, según su condición Si ___ No ___

2. Que area o necesidad de mejora identifica en la emergencia : _____

3. No se identifica necesidad de mejora en la emergencia

4. Existieron todos los insumos para su atención en la emergencia Si ___ NO ___

5. Existieron todos los medicamentos para su atención en la emergencia Si ___ NO ___

6. La respuesta en la sala de labor y parto fue oportuna, según su condición Si ___ No ___

7. Que area o necesidad de mejora identifica en L Y P: _____

8. No se identifica necesidad de mejora en LyP

9. Existieron todos los insumos para su atención en L y P: Si ___ No ___

10. Existieron todos los medicamentos para su atención en L y P: Si ___ No ___
Especifique cuales insumos/ medicamentos no estaban disponibles: _____

11. La respuesta en la sala de hospitalización fue oportuna Si ___ No ___

12. Que area o necesidad de mejora identifica en sala de hospitalización: _____

13. No se identifica necesidad de mejora

14. Existieron todos los insumos para su atención en sala: Si ___ No ___

15. Existieron todos los medicamentos para su atención en sala: Si ___ No ___
Especifique cuales insumos/ medicamentos no estaban disponibles: _____

16. Los Servicios de apoyo brindaron la respuesta según la necesidad existente: Si ___ No ___
Si su respuesta fue No , especifique: _____

17. La mujer fue referida a otro Hospital: Si ___ No ___
si su respuesta es Si, Especifique Motivo de la Referencia: _____

18. Estuvo disponible Sangre y Hemoderivados: Si ___ No ___

19. Estuvo Disponible Quirófano para atender oportunamente la complicacion obstetrica (Si lo requería) Si ___ No ___

20. Se activo el codigo rojo (Obstetrico) ? Si ___ No ___ 21. El diagnóstico se realizó oportunamente Si ___ No ___

22. La intervencion se realizó oportunamente según las normas de atención Si ___ No ___

23. Concluya si hubo fallas en la aplicación de alguna norma o protocolo de atención Si ___ No ___

24. Existió Demora 3, ATRIBUIBLE AL HOSPITAL: Si ___ No ___

25. Explique sus conclusiones relacionadas a la demora atribuible al hospital:

Seccion X Clasificación del caso

<p>1. Parte 1, Causas de Muerte</p> <p>a) _____ Causa Directa</p> <p>b) _____ Causa Antecedente (Intermedia)</p> <p>c) _____ Causa Antecedente (Intermedia)</p> <p>d) _____ Causa Basica</p>	<p>3. Código CIE-10</p> <p>a.a. _____</p> <p>b.b. [] [] [] [] [] []</p> <p>c.c. [] [] [] [] [] []</p> <p>d.d. [] [] [] [] [] []</p>
<p>2. Parte 2. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte (Pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo).</p> <p>e) _____</p> <p>f) _____</p>	<p>e.e. [] [] [] [] [] []</p> <p>f.f. [] [] [] [] [] []</p>

4. Conclusiones finales del caso:

1. Con base en la información disponible concluya, es un caso de :

a. Muerte materna _____ b. Muerte "No materna"(Por causas accidentales o incidentales) _____

2. Si es materna, Clasifique:

a. Obstétrica Directa _____ b. Obstétrica Indirecta _____

3. Era una Muerte materna no evitable _____ o evitable _____ en el hospital

Nombre Director Ejecutivo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Kf_pGPUf1aD67PNFJpyB7Dt36G-tSWzW/edit?usp=share_link&ouid=108871794440375617638&rtpof=true&sd=true

Instructivo para el llenado del Instrumento IVM-MMI

Este instrumento debe ser aplicado a todas las muertes de mujeres que después de aplicar el IVM-1 fueron clasificadas como muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio que ocurrieron en un Establecimiento de Salud público o no público. (Hospital, Servicio Materno Infantil, otros).

Contiene la información general de la fallecida, los datos sobre el evento de la muerte y toda la información que se puede obtener del expediente clínico y que permite identificar las causas y los principales factores relacionados con la muerte.

A continuación, se describe como debe ser llenado cada ítem del instrumento.

Nombre Completo de la Fallecida: Copie el nombre del instrumento IVM-MEF, ya que son documentos complementarios

Número de caso: copiar el número que se le asignó a esta mujer en el IVM-MEF.

Sección I. Datos del Hospital o SMI

1. Nombre del Hospital: Anote el nombre oficial que tiene asignado el Hospital, por ejemplo "Hospital Salvador Paredes" de Trujillo, Colón.
2. No. RUPS: Anotar el código que le ha sido asignado a ese ES por el Departamento de Estadísticas de la SESAL.
3. Tipología: Marque con una "x" la opción correspondiente de acuerdo a la clasificación de hospitales definida en el marco del Modelo Nacional de Salud (MNS).
4. Tipo de gestión: Marque con una "x" la opción correspondiente.
5. Fecha de llenado del Instrumento: Anote el día, mes y año en que fue llenado el instrumento.
6. Región Sanitaria: Anotar el nombre de la región sanitaria a la cual pertenece el ES que reporta.

7. RISS: Anotar el nombre de la red de servicios a que pertenece el ES que reporta, puede ser la RISS priorizada en el marco del Modelo de Salud (NMS), o la red tradicional o área de salud.
8. **Nombre completo del responsable del llenado:** Anotar el nombre completo del funcionario que llena la ficha.

Sección II. Antecedentes

1. **Tenía antecedentes de hospitalización previa en el último año o durante el embarazo que condujo a la muerte:** Marque con una "X" la opción que corresponde. Si la respuesta es SI marque el o los antecedente que la mujer tenia.

Sección III. Patologías durante el embarazo actual

1. Padeció alguna de las siguientes enfermedades durante su embarazo: Marque con una "x" si tuvo alguna de estas complicaciones en el embarazo vinculado con la muerte. Si hay opciones entre los incisos "t" a "z" especifique.
2. **Recibió atención de urgencia por la enfermedad existente durante el actual embarazo:** Marque con una "X" la opción que corresponde.
3. Requirió por esta enfermedad referencia a otro hospital: Marque con una "x" la casilla que corresponde.
4. **¿Durante su embarazo estuvo hospitalizada?:** Marque con una "x" la casilla que corresponde, en caso de haber sido hospitalizada, anote el nombre completo del ES.
5. **¿Vino Referida?:** Marque con una "x" la casilla que corresponde, en caso de ser si, especifique de donde fue referida, anote el día, mes, año y hora de la referencia.
6. **Personal que refiere:** Marque con una "x" la casilla que corresponde.
7. **Motivo de la referencia:** Anote el motivo de la referencia con letra molde, clara y sin abreviaturas.
8. **Tomaba la mujer algún medicamento:** Marque con una "x" la casilla que corresponde, si su respuesta es "si", anote el nombre del medicamento.
9. **¿Presentó signos de riesgo en el embarazo actual?:** Marque con una "x" la casilla que corresponde, si su respuesta es "no" pase a la sección IV, en caso de ser "si", marque con una "x" la casilla que corresponde.
10. **¿Buscó atención médica al presentar estos signos?:** Marque con una "x" la casilla que corresponde.

Sección IV. Datos del Ingreso Hospitalario

1. **Fecha y hora de llegada al hospital:** Anote el día, mes, año y hora de llegada al hospital.
2. **Fecha y hora de la primera atención:** Anote el día, mes, año y hora de la primera atención.
3. **Fecha y hora del Ingreso:** Anote el día, mes, año y hora a la que la mujer fue ingresada al hospital.
4. **¿Cuál es condición obstétrica al momento del ingreso?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la mujer ingresó en trabajo de parto o puerperio continúe con las siguientes preguntas:
 - a. **Especifique el tiempo transcurrido de presentar actividad uterina:** Anote el tiempo que pasó desde que inició la actividad uterina, hasta el parto o la muerte, si murió durante el parto.
 - b. **¿Hubo ruptura prematura de membranas antes de su ingreso?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. En caso de ser “si”, anote el tiempo de evolución.
5. **¿Presentaba alguna complicación la paciente en la primera atención en el hospital?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si presento alguna complicación, anote la complicación que presentaba. Ejemplo: hemorragias, hipertensión arterial, convulsiones, sepsis, etc.
6. **Registre el tiempo de evolución de su cuadro actual según la nota de ingreso:** Anote el tiempo de evolución según la nota de ingreso.
7. **Personal que atendió:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
8. **Especifique quién ordenó el ingreso:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
9. **¿Fue reportada la paciente al Gineco obstetra o profesional de mayor formación?** Marque con una “x” la casilla que corresponde. En caso de ser “si” cuánto tiempo transcurrió después de ser detectada la complicación.
10. **¿Fue evaluada por Gineco obstetra o profesional responsable?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. En caso de ser “si” cuánto tiempo transcurrió después de haber sido reportada.
11. **En la nota de ingreso se identifica que hubo percepción del riesgo:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
12. **¿Al momento del ingreso hubo reporte del Riesgo en las órdenes del médico?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
13. **¿Fueron los exámenes laboratoriales o de gabinete considerados para el diagnóstico y manejo del caso?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.

14. **Registre a continuación el manejo médico que se indicó al ingreso:** Consigne el manejo médico que se indicó al momento del ingreso.
15. **Evalúe utilizando el Protocolo Correspondiente, si el manejo del caso al momento del ingreso fue de acuerdo con las normas vigentes:** Compare el manejo de la complicación obstétrica con el manejo indicado en los protocolos vigentes de esa complicación.
16. **¿Qué aspectos de la norma no se cumplieron al momento del ingreso y por qué?:** Concluya después de analizar si hubo falla en el manejo, cuáles normas o disposiciones de los protocolos no fueron cumplidas.

Sección V. Datos de la hospitalización y terminación del embarazo actual

1. **Forma en que terminó el embarazo:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
2. **Edad gestacional al momento de la terminación del embarazo:** Escriba en el espacio el número de semanas cumplidas (no anote los días) al momento de la terminación del embarazo.
3. **Tipo de parto:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
4. **Si el embarazo terminó en Aborto/Parto, especifique el sitio de atención:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si el sitio de atención difiere de las opciones enunciadas, especifique el nombre del establecimiento en donde terminó el aborto/parto.
5. **El parto fue:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
6. **Presentación fetal al momento del parto:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
7. **Fecha en que ocurrió parto/aborto:** Llene en este espacio anotando el día, mes, año y hora en que ocurrió el evento.
8. **¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto?:** Llene en este espacio anotando en orden las horas y/o días que duró el trabajo de parto.
9. **¿Hubo ruptura de membranas antes del trabajo de parto?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda.
10. **¿Cuánto tiempo pasó entre la ruptura de membranas y el nacimiento?:** Llene este espacio anotando las horas que pasaron desde que se identificó la ruptura de las membranas hasta el nacimiento.
11. **¿Se realizó la inducción del trabajo de parto?** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la respuesta es “sí”, especifique en el espacio la indicación y el medicamento utilizado.
12. **¿Se realizó conducción del trabajo de parto?** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la respuesta es “sí”, especifique en el espacio la indicación.
13. **¿Quién atendió el parto en el hospital?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. En caso de ser una opción distinta a las enunciadas, especificar el tipo de cargo.

14. **¿La placenta salió?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
15. **Periodo de alumbramiento** (tiempo que tardó en salir la placenta después del nacimiento del niño/a): Marque con una “x” la casilla que corresponda.
16. **Placenta completa:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
17. **¿Se realizó manejo activo del tercer periodo del parto?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Marque “sí”, si se confirma la aplicación de oxitocina, de lo contrario marque “no”.
18. **Se realizó de forma adecuada la atención del puerperio inmediato** (la atención del puerperio inmediato consiste en tomar el pulso, la presión arterial, la contracción uterina y las características de los loquios cada 15 minutos la primera hora y cada treinta minutos la segunda hora): Marque con una “x” la casilla que corresponda.
19. **¿Presentó complicaciones durante la estancia hospitalaria?:** Marque con una “x” la casilla correspondiente. Si la respuesta es “sí”, marque con una “x” las complicaciones presentadas durante la estancia hospitalaria.
20. **¿Había médico especialista al momento del diagnóstico de la complicación?:** Marque con una “x” la casilla correspondiente. Si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no había médico especialista.
21. **¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por el médico Gineco obstetra?** (tiempo se refiere, al tiempo que transcurrió desde que le fue reportada hasta que la atendió): Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, llene en el espacio anotando las horas que pasaron durante el transcurso del evento. Si la respuesta es “no”, especifique por qué no fue evaluada por el especialista.
22. **¿Durante el manejo de su complicación fue evaluada por otros médicos especialistas si el caso lo ameritaba?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, especifique la especialidad de los médicos que la evaluaron. También puede marcar “sí” si hay evidencia de activación del código rojo (obstétrico)
23. **¿Cuándo ocurrió la complicación del caso hubo reporte de gravedad en las notas de evolución?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
24. **¿Hubo hemorragia postparto?:** Marque con una “x” la casilla correspondiente. Si la respuesta es “sí”, especifique el tiempo en horas en el cual se identificó la hemorragia posparto.
25. **¿Hubo otras complicaciones en el puerperio?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde a la complicación que se presentó.
26. **¿El manejo de estas complicaciones fue de acuerdo con los protocolos correspondientes de las normas vigentes?** Marque con una “x” la casilla correspondiente. Si la respuesta es “no” especifique qué norma no cumplió y por qué no la cumplió.

Sección VI. Datos en caso de muertes por aborto

1. **¿Presentó algún signo de peligro, antes o después del aborto, antes de morir?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la respuesta es “otros”, especifique el signo de peligro que presentó.
2. **Tipo de aborto fue:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
3. **Edad gestacional al momento del aborto:** Escriba en el espacio la edad en semanas cumplidas.
4. **¿Presentó complicaciones por el aborto?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la respuesta es “sí” especifique la complicación. Ejemplo: hemorragia, sepsis, perforación,...etc.
5. **¿Le practicaron legrado?:** Marque con una “x” la casilla que corresponde. Si la respuesta es “sí”, especifique el sitio en donde le practicaron el legrado.
6. **Tipo de Legrado:** Marque con una “x” la casilla que corresponde.
7. **Tiempo transcurrido desde el ingreso, al legrado:** Escriba en el espacio el tiempo transcurrido en minutos y horas.
8. **¿El manejo del aborto fue de acuerdo con el protocolo correspondiente de las normas nacionales vigentes?** Marque con una “x” la casilla correspondiente. Si la respuesta es “no” especifique qué norma no cumplió y por qué no la cumplió.

Sección VII. SERVICIOS DE APOYO

Enfermería

1. **¿Hay revisión de órdenes médicas por enfermera jefe de sala/supervisora?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no hay revisión de órdenes medicas por el personal de enfermería.
2. **¿En la sala de hospitalización se cumplió con las órdenes médicas (Para verificar cumplimiento revisamos hojas de signos vitales, hoja de medicamentos y nota de enfermería)?:** Marque con una “x” en la casilla que corresponda. Si la respuesta es “parcialmente” o, “no se cumplió”, especifique las razones.
3. **Revise si hay nota de enfermería en todos los turnos, mientras la mujer estuvo ingresada (desde el ingreso hasta su fallecimiento):** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
4. **El personal de enfermería, ¿advirtió en sus notas la gravedad del caso?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
5. **¿El personal de enfermería tomó alguna acción al detectar la gravedad del caso?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, especifique la acción que tomó el personal de enfermería al momento de detectar la gravedad del caso.
6. **El tiempo transcurrido entre la indicación del medicamento y su aplicación por enfermería fue de:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.

Laboratorio y Gabinete

7. **¿Se indicaron todos los exámenes de laboratorio y de gabinete que, de acuerdo al caso (se deben hacer según el protocolo correspondiente) ?**: Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, equivale a que se indicaron todos los estudios. En cambio, si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no se indicaron los exámenes de laboratorio y de gabinete de acuerdo con el protocolo correspondiente.
8. **¿Se hicieron todos los exámenes indicados** (verificar presencia de los reportes, boletas o informes en el expediente) ?: Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, equivale a que se indicaron todos los estudios. En cambio, si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no se realizaron todos los exámenes indicados.
9. **¿Se comentaron los resultados de estos exámenes?** (revisar notas de evolución): Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “sí”, equivale a que se comentaron todos los estudios. En cambio, si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no se comentaron los resultados de los exámenes.

Ambulancia

10. **¿Estaba disponible la ambulancia del hospital para su referencia a otro centro de mayor complejidad?**: Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “no”, especifique las razones por las que no estaba disponible la ambulancia.

Sección VIII. REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO

1. **Conformación del expediente clínico y datos del fallecimiento**: Marque con una “x” en la casilla que corresponda cuando el documento está incluido en el expediente clínico.
2. **Disponible**: disponible significa que se pueda obtener la información de dicho expediente y que se encuentra en custodia de las autoridades del hospital.
3. **Foliado**: significa que todas las páginas fueron enumeradas con lápiz tinta inmediatamente después de ocurrida la muerte. Indique la fecha (día, mes y año) en la que el expediente fue foliado.
4. **Reporte de defunción**: Marque con una “x” la casilla correspondiente para cada uno de los incisos.

Sección IX. Dificultades/Limitantes identificadas en el hospital (Identificando Demora 3)

1. **¿Considera que la atención en la emergencia fue oportuna, según su condición?**: Marque con una “x” la casilla que corresponda.
2. **¿Qué área o necesidad de mejora identifica en la emergencia?**: Especifique el área o necesidad de mejora que identifica.

3. **No se identifica necesidad de mejora:** Marque con una “x” cuando no identifique una necesidad de mejora en la emergencia.
4. **¿Existieron todos los insumos para su atención en la emergencia?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
5. **¿Existieron todos los medicamentos para su atención en la emergencia?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
6. **¿La respuesta en la sala de labor y parto fue oportuna, según su condición?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
7. **¿Qué área o necesidad de mejora identifica en L Y P?:** Especifique el área o necesidad de mejora que identifica.
8. **No se identifica necesidad de mejora:** Marque con una “x” cuando no identifique una necesidad de mejora
9. **¿Existieron todos los insumos para su atención en L y P?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
10. **¿Existieron todos los medicamentos para su atención en L y P?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Seguidamente, especifique cuáles insumos/ medicamentos no estaban disponibles.
11. **¿La respuesta en la sala de hospitalización fue oportuna?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
12. **¿Qué área o necesidad de mejora identifica en la sala de hospitalización?:** Especifique el área o necesidad de mejora que identifica.
13. **No se identifica necesidad de mejora:** Marque con una “x” cuando no identifique una necesidad de mejora.
14. **¿Existieron todos los insumos para su atención en sala?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
15. **¿Existieron todos los medicamentos para su atención en sala?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “no”, especifique cuales insumos/ medicamentos no estaban disponibles.
16. **¿Los servicios de apoyo brindaron la respuesta según la necesidad existente?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “no”, especifique las razones por las cuales los servicios de apoyo no brindaron la respuesta según la necesidad existente.
17. **¿La mujer fue referida a otro Hospital?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda. Si la respuesta es “si”, especifique el motivo de la referencia.
18. **¿Estuvo disponible Sangre y Hemoderivados?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
19. **¿Estuvo disponible el quirófano para atender oportunamente la complicación obstétrica (Si lo requería) ?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
20. **¿Se activo el código rojo (obstétrico)?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
21. **¿El diagnóstico se realizó oportunamente?:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.

22. **¿La intervención se realizó oportunamente según las normas o protocolo de atención?:**
Marque con una “x” la casilla que corresponda.
23. **Concluya si hubo fallas en la aplicación de alguna norma o protocolo de atención:**
Marque con una “x” la casilla que corresponda.
24. **Existió Demora 3, ATRIBUIBLE AL HOSPITAL:** Marque con una “x” la casilla que corresponda.
25. Explique sus conclusiones relacionadas a la demora atribuible al hospital.

Sección X: Clasificación del caso

1. **Causas de Muerte:** Anote los diagnósticos correspondientes según el sistema CIE-10, identificando la cadena de acontecimientos y definiendo en forma ascendente, causa básica, causas antecedentes (intermedias) y causa directa.
2. **Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte (Pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo):** Anote los estados patológicos que contribuyeron a la muerte.
3. En la columna que está ubicada a la derecha anote los códigos CIE-10 correspondientes.
4. **Conclusiones finales del caso:** En base a los diagnósticos que anotó en la sección anterior concluya si se trata de una “muerte materna” o “no materna”, marcando con una “x” en la casilla que corresponda.

Si la muerte es “materna”, clasifique si es “obstétrica directa” u “obstétrica indirecta” marcando con una “x” en la casilla que corresponda.

Escriba el nombre del director ejecutivo, la firma y la fecha correspondiente.

Anexo 7: Cuadro de Grupos de Causas Subyacentes durante el Embarazo, Parto y Puerperio

Grupos de causas subyacentes durante el embarazo, parto y puerperio que son mutuamente excluyentes y totalmente exclusivos		
Tipo	Numero de grupo	Ejemplos de causas potenciales de muerte
Muerte Materna Obstétrica Directa	1. Embarazo Terminado en aborto	Aborto, aborto espontaneo, embarazo ectópico y otras condiciones que conducen a la muerte materna con resultado abortivo
Muerte Materna Obstétrica Directa	2. Trastornos Hipertensivos del embarazo	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio
Muerte Materna Obstétrica Directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Muerte Materna Obstétrica Directa	4. Infección relacionada con el embarazo	Enfermedades o condiciones infecciosas relacionadas con el embarazo
Muerte Materna Obstétrica Directa	5. Otras complicaciones obstétricas	Todas las demás condiciones obstétricas no incluidas en los grupos 1 a 4
Muerte Materna Obstétrica Directa	6. Complicaciones de manejo no anticipado	Efectos adversos graves y otras complicaciones imprevistas de la atención médica o quirúrgica durante el embarazo, parto o puerperio
Muerte Materna obstétrica Indirecta	7. Complicaciones no obstétricas	Condiciones no obstétricas <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiaca (incluyendo hipertensión preexistente) • Condiciones endocrinas • Afecciones del tracto gastrointestinal • Afecciones del sistema nervioso central • Condiciones respiratorias • Condiciones genitourinarias • Trastornos autoinmunitarios • Enfermedades esqueléticas • Desordenes psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones que no son resultado directo del embarazo
Muerte Materna no especificada	8. Desconocida o indeterminada	Muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio donde la causa subyacente es desconocida o no fue determinada
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio (No materna)	9. Causas accidentales o incidentales	Muerte durante el embarazo, parto y puerperio por causas externas

Anexo 8: Hoja Resumen de la Muerte Materna

Secretaria de Salud Ficha Resumen de la Muerte Materna				2018
Datos Generales				
1. Nombre Completo		2. Edad	3. Identidad	
4. Estado Civil: Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Union Libre <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/>		5. Etnia: Mestizo <input type="radio"/> Garifuna <input type="radio"/> Tolupan <input type="radio"/> Pech(Paya) <input type="radio"/> Misquito <input type="radio"/> Tawahka(Sumo) <input type="radio"/> Lenca <input type="radio"/> Chortis <input type="radio"/> Negro Inglés <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
6. Ocupación:		10. Domicilio: Departamento Municipio		
7. Sabe Leer y Escribir Si <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	8. Estudios Ninguno <input type="radio"/> Basica <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/>	9. Años de Escolaridad Completados	Aldea/Caserio Barrio/Colonia Teléfono	
Datos de la Defuncion				
11. Fecha de muerte:		12. Hora de muerte:	13. Día de la Semana:	14. Turno en que fallece: A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>
15. Semana Epidemiológica en que fallece:		16. Sitio de la Muerte: Casa <input type="radio"/> ES <input type="radio"/> Ambulancia <input type="radio"/> Vía Pública <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
17. Muerte fue: Del Estado <input type="radio"/> Comunitaria <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/>		18. Nombre del ES donde fallece:		19. Estadia en ES donde fallece: Dias Horas
20. Dirección donde fallece: Departamento Municipio Aldea/Caserio Barrio/Colonia		21. Área: Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>		
Datos Referencia				
22. Fue referida: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23. Nombre del ES que refiere:		24. Dias Estadia en ES: Dias
25. Horas Estadia en ES: Horas		26. Condición de referida: Grave <input type="radio"/> Moderadamente Estable <input type="radio"/> Estable <input type="radio"/>		
Antecedentes Obstétricos:				
27. Antecedentes Patológicos previos a este embarazo: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		28. Especifique:		29. Momento reproductivo en que fallece: Embarazo <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerperio <input type="radio"/> Post-aborto <input type="radio"/>
Datos Embarazo Actual:				
30. HCG:		31. FUP:		32. Espalda Interoanterior:

Enlace:

https://drive.google.com/file/d/1LOHJnw4YHTVLO-UUj5_In9tNQZ5ZDOz/view?usp=share_link

Anexo 10: Instrumento para el monitoreo del indicador de muerte materna evitable

Unidad de Salud _____ Región Departamental: _____

Año y mes evaluado: _____ Responsable: _____ Fecha: _____

Estándar

El Número de Muertes Maternas Evitables es “cero”

Indicador

Porcentaje de muertes Maternas Evitables

Instrucciones

1. Revise el libro de defunciones Intra hospitalarias.
2. Investigue el número total de muertes maternas ocurridas en el periodo a evaluar.
3. Seleccione todas las muertes maternas Obstétricas (Directas e Indirectas) ocurridas en el período a analizar.
4. Solicite los expedientes en estadística.
5. Verifique con cada expediente si se cumplen los criterios del siguiente listado de verificación para cada grupo y anote con un si o con una X.
6. Los criterios se refieren al momento del ingreso, excepto los marcados con *
7. Si al menos uno de los criterios está presente la muerte debe clasificarse como **INEVITABLE**.
8. Si ningún criterio está presente la muerte debe clasificarse como **EVITABLE**.
9. Recuerde que se espera que haya **CERO** muertes evitables.

No	Causa de la Muerte	Expedientes				
		1	2	3	4	5
A	Hemorragia obstétrica					
1	Fase irreversible de Choque/ No hay respuesta (Taquicardia >120 lpm, P/A Sistólica < 80 mm Hg, PAM < 65 mmHg, índice de choque= FC/PAS < 0.9, disminución de la presión del pulso, confusión, letargia, anuria,).					
2	CID instaurada (trombocitopenia severa [< 50,000 plaquetas por ml], prueba de formación de coagulo ≥ 7 minutos, prolongación del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina activada,					

	hipofibrinogenemia, aumento de los productos de degradación del Fibrinógeno y disminución de la concentración de Antitrombina III)					
3	Pérdida sanguínea que compromete el estado hemodinámico.					
4	Manejo de acuerdo con normas * La paciente no respondió a las intervenciones descritas en el Manejo de HPP en el protocolo correspondiente. (Evaluar si el manejo se hizo correctamente)					

B	Sepsis	Expediente				
		1	2	3	4	5
1	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia >120 lpm, • P/A Sistólica < 80 mm Hg, • PAM < 65 mmHg, • índice de choque= FC/PAS < 0.9, • disminución de la presión del pulso, • confusión, • letargia, • anuria • hipertemia no reversible, • leucocitosis mayor o igual a 40 mil y/o leucopenia menos a 5mil células por milímetro cubico • y/o parámetros de choque séptico. 					

C	Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome HELLP	Expediente				
		1	2	3	4	5
1	Hemorragia cerebral vascular *					
2	Estatus convulsivo que no responde al manejo *					
3	CID instaurada (trombocitopenia severa [$< 50,000$ plaquetas por ml], prueba de formación de coagulo ≥ 7 minutos, prolongación del tiempo de protrombina y del tiempo parcial de tromboplastina activada, hipofibrinogenemia, aumento de los productos de degradación del Fibrinógeno y disminución de la concentración de Antitrombina III)					

D	Trombo Embolia Pulmonar masiva o mayor *	Expediente				
		1	2	3	4	5
1	<p>Síntomas: disnea súbita y/o sostenida asociada a dolor en cara anterior de tórax sugestivo de isquemia coronaria, síncope, choque, paro cardiorrespiratorio.</p> <p>Signos: aumento importante del trabajo respiratorio, taquicardia sostenida > 100/minuto, tercer ruido derecho, hipotensión sistólica (< 100 mmHg), hipotermia, diaforesis, disminución en la amplitud del pulso, cianosis, plétora yugular. Dímero D > 500 $\mu\text{g/L}$.</p>					

D	Otras Complicaciones	Expediente				
		1	2	3	4	5
1	Estado de conciencia al ingreso con GLASGOW < o igual a 10 en el contexto del sistema de salud de Honduras.					
2	Cardiopatía ya conocida con clasificación clínica NYHA 4, hipertensión pulmonar severa, riesgo OMS IV.					
3	Cianosis materna independiente de la causa de base.					
4	Lupus catastrófico					
5	Paciente con antecedente de LES y/o síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAF) que presenten: 1- afectación de 3 o más órganos, sistemas o tejidos. 2- presencia de la lesión multiorgánica en menos de 7 días. (Tomados de los criterios de la sociedad Latinoamérica de reumatología)					
Muerte era inevitable (al menos un criterio presente)						

Cálculo del indicador de muerte materna evitable

Numerador	Denominador	Porcentaje
Número de muertes maternas evitables por Hemorragia, Sepsis, Preeclampsia y Eclampsia	Total de muertes por las tres causas según criterios establecidos	$\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$

Anexo 11: Instrumento para el análisis de casos de muertes maternas por COVID-19
UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD
SISTEMA DE VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MOTALIDAD MATERNA
INSTRUMENTO PARA EL ANALISIS DE CASOS DE MUERTES MATERNAS POR COVID-19

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ EDAD: _____ años G: _____ P: _____ A: _____ PV: _____ C: _____ HV: _____
LUGAR DE RESIDENCIA: REGION: _____ MUNICIPIO: _____

DATOS DE LA MUERTE= SITIO: _____ FECHA: _____ HORA: _____
MOMENTO OBSTETRICO DE LA MUERTE: EMBARAZO ___ PARTO ___ PUERPERIO ___
FECHA Y HORA DEL ABORTO/PARTO O CESAREA:

Datos del manejo de la complicación:

- Se hizo clasificación del caso según gravedad de acuerdo a lo siguiente:
 - **Infección asintomática o presintomática:** Prueba positiva para el SARS-CoV-2, pero sin síntomas.
 - **Enfermedad leve:** Cualquier signo y síntoma (por ejemplo, fiebre, tos, dolor de garganta, malestar, dolor de cabeza, dolor muscular) sin dificultad para respirar.
 - **Enfermedad moderada:** Evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores por evaluación clínica o imágenes y una saturación de oxígeno (SaO₂) ≥94 por ciento en el aire ambiente a nivel del mar.
 - **Enfermedad grave:** Frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto, SaO₂ <94 por ciento en el aire ambiente a nivel del mar, relación entre la presión parcial arterial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado (PaO₂/FiO₂) <300, o pulmón se infiltra >50 por ciento.
 - **Enfermedad crítica:** Insuficiencia respiratoria, shock séptico, y/o disfunción de múltiples órganos

- **Se hicieron los exámenes siguientes:**
 - Hemograma:
 - Rx PA de tórax:
 - Proteína C Reactiva:
 - Enzimas hepáticas:
 - EKG: No
 - Ferritina:
 - TAC de tórax:
 - Procalcitonina:
 - Dímero D:
 - Gases arteriales:

- Condición de salud de la madre y el feto al momento del parto=
- Indicación para la terminación del embarazo por parto o por cesárea:
- Medicamentos utilizados o no utilizado

Dx SUGERIDO:

Dx DEL COMITE:

Causa Básica:

Causa Antecedentes:

Causa directa:

¿Mujer embarazada?

Embarazo contribuyo a la muerte=

CLASIFICACIÓN POR GRUPO DE LA MUERTE

CLASIFICACION POR SITIO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE

COMENTARIO SOBRE LA EVITABILIDAD:

ANALISIS DE LAS TRES DEMORAS:

RECOMENDACIONES PARA EL PLAN DE MEJORA

Anexo 12: Instrumento para el análisis de casos de Near-miss

UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD SISTEMA DE VIGILANCIA Y RESPUESTA DE LA MOTALIDAD MATERNA INSTRUMENTO PARA EL ANALISIS DE CASOS DE NEAR-MISS

DATOS GENERALES

NOMBRE:

EDAD: Años G: P: A: PV: C: HV:

LUGAR DE RESIDENCIA: REGION: _____ MUNICIPIO: _____

DATOS DE LA ATENCION=

SITIO: _____ FECHA DE EGRESO: _____

MOMENTO OBSTETRICO DE LA COMPLICACION: EMBARAZO _____ PARTO _____ PUERPERIO

FECHA Y HORA DEL ABORTO/PARTO O CESAREA:

HALLAZGOS DEL ANALISIS DE LA ATENCION PRECONCEPCIONAL:

HALLAZGOS DEL ANALISIS DE LA ATENCION PRENATAL:

HALLAZGOS DEL ANALISIS DE LA ATENCION DEL PARTO:

HALLAZGOS DEL ANALISIS DE LA ATENCION PUERPERAL:

SE IDENTIFICO OPORTUNAMENTE LA COMPLICACION OBSTETRICA:

SE INICIO EL TRATAMIENTO OPORTUNO Y DE ACUERDO A NORMAS DE LA COMPLICACION OBSTETRICA:

SE ACTIVO EL CODIGO ROJO:

EN CASO DE UNA MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA, SE HIZO UN DIAGNOSTICO OPORTUNO:

¿SE HICIERON LAS INTERCONSULTAS NECESARIAS DE FORMA OPORTUNA?

Dx SUGERIDO:

Dx DEL COMITE:

- Dx Principal:
- Otros Dx:

RECOMENDACIONES PARA EL PLAN DE MEJORA:

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Dra. Karina Silva	Unidad de Vigilancia de la Salud
Lic. Rosa Marlen Flores	Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención
Lic. Elba Arce	Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención
Dra. Leoida Cerrato	Departamento de Servicios de Segundo Nivel de Atención
Dr. Ivo Flores Flores	Dirección General de Normalización
Lcda. Ana Reyes	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
Dra. Carolina Bustillo	Hospital Escuela, Departamento de Ginecología y Obstetricia
Dra. Ana Ligia Chinchilla	Instituto Hondureño de Seguridad Social
Dra. Gloria González	Sociedad de Ginecología y Obstetricia
Dra. Amalia Ayala	Organización Panamericana de la Salud
Dra. Silvia Padilla	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Dr. José David Zepeda	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Dr. José Cipriano Ochoa	Proyecto Protección de la Salud Honduras (PROSALH),
Dra. Suyapa Domínguez	Región Sanitaria de Yoro
Dra. Ofelia Martínez	Región de Olancho
Dr. Douglas Avelar	Región de Choluteca
Dr. Francisco Rodríguez	Hospital Roberto Suazo Córdova de La Paz
Dr. Carlos Mazier	Región de Lempira
Dra. Carminda Sosa	Región de El Paraíso
Dra. Zulma Álvarez	Región Metropolitana MDC
Dra. Jessy Carolina Pérez	Dirección General de Normalización

