

# Defunciones de mujeres en edades reproductivas

**06/2009**

1	N° identificación del formulario (acta)	<input type="text"/>
2	Apellido y nombre de la fallecida	.....
3	Nombre del establecimiento	.....
4	Nombre del investigador	.....
5	Fecha de entrega carta al establecimiento	<input type="text"/>
6	Fecha de respuesta del establecimiento	<input type="text"/>
7	Comunicaciones sucesivas	..... ..... .....
8	Fecha de visita y llenado del formulario	<input type="text"/>
9	Observaciones a la primera visita	..... ..... .....
10	Visitas ulteriores (fechas y comentarios)	..... ..... .....
11	Contacto personal con el médico tratante o responsable del servicio	Si ..... 1 No ..... 2
12	Comentarios	..... ..... .....

## Defunciones de mujeres en edades reproductivas

<b>1</b>	N° identificación del formulario (acta)	_____
<b>2</b>	Fecha de muerte	_____
<b>3</b>	Fecha de nacimiento	_____
<b>4</b>	Edad al morir	_____
<b>5</b>	¿Estaba registrada como muerte materna en el IED?	Si ..... 1 No ..... 2
<b>6</b>	Causa de muerte (como está consignada en el IED)	
	I (a) .....	
	(b) .....	
	(c) .....	
	II .....	
<b>7</b>	¿Se realizó autopsia?	Si ..... 1 No ..... 2
<b>8</b>	Fecha de terminación del embarazo	_____
<b>9</b>	Edad gestacional al terminar el embarazo	_____ (en semanas)
<b>10</b>	Muerte antes de las 22 semanas	En embarazo ..... 1 Aborto/Retenido/Mola ..... 2 Ectópico ..... 3
<b>11</b>	Muerte a partir de las 22 semanas	Anteparto ..... 1 Intraparto ..... 2 Postparto < 42 días ..... 3 Postparto > 41 días ..... 4
<b>12</b>	¿Dónde ocurrió la muerte?	Sala de partos ..... 1 Unidad de cuidados intensivos ..... 2 Quirófano ..... 3 Emergencias ..... 4 Sala de preparto ..... 5 Otro lugar (especificar) ..... 6

13	¿Se conoce de alguna condición o enfermedad materna preexistente como alguna de las que se mencionan a continuación?	SI	NO
	Cardiopatía o enfermedad vascular adquirida (ej. hipertensión) .....	1	2
	Cardiopatía o enfermedad vascular congénita.....	1	2
	Discapacidad física .....	1	2
	Discapacidad mental.....	1	2
	Enfermedades endocrinas (ej. diabetes, tiroideopatía).....	1	2
	Enfermedades gastrointestinales o hepáticas .....	1	2
	Enfermedades hematológicas (trombosis, hemoglobinopatía).....	1	2
	Enfermedades infecciosas (tuberculosis, HIV) .....	1	2
	Infertilidad .....	1	2
	Enfermedades inmunológicas (SLE, síndrome antifosfolípido).....	1	2
	Enfermedades metabólicas .....	1	2
	Enfermedades neoplásicas.....	1	2
	Enfermedades neurológicas (epilepsia, esclerosis múltiple).....	1	2
	Enfermedades renales/genito-urinarias .....	1	2
	Enfermedades respiratorias (asma) .....	1	2
	Trastornos mentales (incluye drogadicción)...	1	2
	Otras (especificar) .....	1	2

14	¿Existieron complicaciones o eventos prenatales a consecuencia del embarazo como alguno de los que se mencionan a continuación?	SI	NO
	Cardiopatía .....	1	2
	Diabetes gestacional.....	1	2
	Disfunción renal o hepática .....	1	2
	Embolia de líquido amniótico .....	1	2
	Enfermedad mental/depresión .....	1	2
	Episodio epiléptico.....	1	2
	Hemorragia cerebral .....	1	2
	Hemorragia del primer trimestre .....	1	2
	Hemorragia obstétrica (>22 semanas).....	1	2
	Hipertensión.....	1	2
	Infección.....	1	2
	Rotura uterina.....	1	2
	Shock anafiláctico .....	1	2
	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	1	2
	Coagulación intravascular diseminada .....	1	2
	Tromboembolismo .....	1	2
	Otras (especificar) .....	1	2

- 15** Indique si hay miembro/s de la familia que padezca/n alguna de las siguientes enfermedades

(Escriba el parentesco y marque con una X en el casillero)

Enfermedad	Miembro de la familia	SI	NO
Anomalías congénitas		1	2
Diabetes		1	2
Cardiopatía		1	2
Hipertensión		1	2
Discapacidad mental		1	2
Pre-eclampsia		1	2
Talasemia		1	2
Anemia falciforme (sickle cell)		1	2
Otras (especificar)		1	2

### Información reproductiva y contraceptiva

- 16** ¿Usó algún método contraceptivo antes de este embarazo?

Si ..... 1  
No ..... 2

→ Fecha en que dejó de utilizarlo

--	--	--

- 17** Indique cuál fue el método utilizado

Método utilizado	SI	NO
Condón.....	1	2
Píldora anticonceptiva.....	1	2
Inyección anticonceptiva .....	1	2
Parche anticonceptivo.....	1	2
DIU .....	1	2
Diafragma.....	1	2
Otro .....	1	2

- 18** Si hay antecedentes de infertilidad indicar fármacos administrados, ciclos de IVF/ ICSI, etc.

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

- 19** Consigne los siguientes datos de los embarazos anteriores

Año	Duración del embarazo	AB/ECT/RNV/FM/MNP	Parto vaginal o cesárea	Complicaciones

AB=aborto / ECT=ectópico / RNV=recién nacido vivo / FM=feto muerto / MNP=muerte neonatal precoz (< 7 días de vida)

## Información sociodemográfica

- 20**    Máximo nivel de instrucción alcanzado
- Sin instrucción..... 1
- Primario incompleto ..... 2
- Primario completo ..... 3
- Secundario incompleto ..... 4
- Secundario completo ..... 5
- Terciario/universitario incompleto ..... 6
- Terciario/universitario completo ..... 7

- 21**    Lugar de nacimiento
- En la Ciudad de Buenos Aires ..... 1
- En otro lugar..... 2    .....
- (Indicar provincia para  
nativos y país para  
extranjeros)

- 22**    Indique si hay información sobre alguno  
de estos factores de riesgo que se  
mencionan a continuación
- |   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|
| Sin apoyo familiar.....   | 1         | 2         |
| Pobreza/indigencia .....  | 1         | 2         |
| Vivienda en villa de emergencia<br>o inquilinato o hotel/pensión..... | 1         | 2         |
| Otra (especificar) .....  | 1         | 2         |

- 23**    Situación ocupacional
- Trabaja ..... 1
- No trabaja..... 2

A		Embarazo actual																			
<b>A 1</b>	Fecha de la última menstruación	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>																			
<b>A 2</b>	Edad gestacional en la primera consulta <div> <div></div> <div></div> </div> (en semanas)  (Si el control prenatal comenzó después de las 20 semanas indicar posibles motivos o causas)	<div> <div></div> <div></div> </div>																			
<b>A 3</b>	¿La edad gestacional fue confirmada por ecografía?	Si ..... 1 No ..... 2																			
<b>A 4</b>	¿Hay datos que sugieran obesidad?	Si ..... 1 No ..... 2																			
<b>A 5</b>	Grupo y Rh	.....																			
<b>A 6</b>	¿Hay resultado positivo de:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sífilis .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HIV .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFP sérica .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rubéola .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	Sífilis .....	1	2	Hepatitis .....	1	2	HIV .....	1	2	AFP sérica .....	1	2	Rubéola .....	1	2	
	SI	NO																			
Sífilis .....	1	2																			
Hepatitis .....	1	2																			
HIV .....	1	2																			
AFP sérica .....	1	2																			
Rubéola .....	1	2																			
<b>A 7</b>	¿Hubo alguna internación anterior en el embarazo?  (En caso afirmativo indicar la causa y fecha)	Si ..... 1 No ..... 2																			
<b>A 8</b>	Comentarios específicos incluyendo cualquier tratamiento aún cuando no parezca tener relación con la causa de muerte. Consigne también factores administrativos, o cualquier otro factor no clínico que pudiera haber contribuido al resultado  ..... .....																				

B 1 Fecha del parto

--	--	--

B 2 Fecha y hora de ingreso a la institución

--	--	--

	hs.		min.
--	-----	--	------

B 3 Fecha y hora de ingreso a la sala de partos

--	--	--

	hs.		min.
--	-----	--	------

B 4 Fecha y hora de comienzo del trabajo de parto

--	--	--

	hs.		min.
--	-----	--	------

B 5 ¿Hubo traslado durante el trabajo de parto?  
(En caso afirmativo indicar la causa y todo otro dato que considere de interés)

Si ..... 1

No ..... 2

.....  
 .....

B 6 ¿Hay registro (partograma) de asistencia en equipo durante el trabajo de parto?

Si ..... 1

No ..... 2 (sólo partera u obstetra)

B 7 Duración del trabajo de parto desde 4 cm a nacimiento (hs/min)

	hs.		min.
--	-----	--	------

B 8 Presentación al inicio del trabajo de parto

Cefálica ..... 1

Podálica ..... 2

Transversa ..... 3

No sabe ..... 4

B 9 Inicio de parto

Espontáneo ..... 1

Inducido

Prostaglandinas ..... 2

Ocitocina ..... 3

RPM ..... 4

Otra (especificar) ..... 5

Cesárea anteparto ..... 6

B 10 Indicar la causa de la inducción (o cesárea)

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

**B 11** Terminación

Vaginal normal ..... 1  
Vaginal fórceps/ventosa ..... 2  
Cesárea ..... 3  
Otra (especificar) ..... 4

**B 12** Hubo dificultades o demoras en obtener:**SI NO**

Consulta con otro obstetra ..... 1 2  
Anestesista ..... 1 2  
Otro médico ..... 1 2  
Neonatólogo ..... 1 2  
Ambulancia ..... 1 2  
Sangre o hemoderivados ..... 1 2  
Laboratorio ..... 1 2

**B 13** Escribir los comentarios y observaciones que considere pertinentes sobre:

Alumbramiento  
Episiotomía  
Desgarros  
Placenta o membranas  
Ocitócicos durante el alumbramiento

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

**B 14** Nacimiento

	1	2	3
<b>Recién nacido</b>			
Peso (en gramos)			
Edad gestacional (en semanas)			
Sexo			
<b>Neonato vivo</b>			
¿Fue derivado a UCI?			
¿Falleció en el primer mes de vida?			
Sí			
Edad al fallecer (en días)			
No			
Se ignora			
<b>Feto muerto</b>			
¿Estaba macerado?			



**Si se realizó cesárea, por favor complete los siguientes ítems**

**B 15** Tipo de cesárea

- A pedido (sin causa médica; decisión de la mujer o del médico) ..... 1
- Programada (con indicación, quirófano pedido con antelación) ..... 2
- Urgente (compromiso materno o fetal que no representa una amenaza de vida inmediata) ..... 3
- Emergencia (amenaza de vida inmediata) ..... 4
- Peri o postmortem (paciente fallecida o en paro cardiorrespiratorio) ..... 5

**Indicación de cesárea**

**B 16a** Señale los factores maternos identificados

- |                                      | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| Falta de progreso .....              | 1         | 2         |
| Placenta previa .....                | 1         | 2         |
| Desprendimiento placentario .....    | 1         | 2         |
| Preeclampsia .....                   | 1         | 2         |
| Cesárea anterior .....               | 1         | 2         |
| Antecedentes obstétricos .....       | 1         | 2         |
| Otras patologías (especificar) ..... | 1         | 2         |

**B 17b** Señale los factores fetales identificados

- |                                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Podálica .....                     | 1         | 2         |
| Corioamnionitis .....              | 1         | 2         |
| Prolapso cordón .....              | 1         | 2         |
| Fracaso de inducción .....         | 1         | 2         |
| Anomalía fetal congénita .....     | 1         | 2         |
| Feto grande .....                  | 1         | 2         |
| Embarazo múltiple .....            | 1         | 2         |
| Sospecha de compromiso fetal ..... | 1         | 2         |
| Presentación deflexionada .....    | 1         | 2         |

**B 18** Profesional que realizó la cesárea

.....

C	Puerperio		
C 1	Fecha del alta	<div></div> <div></div> <div></div>	
C 2	Tiempo entre el nacimiento y el alta	<div></div> <div></div> días	
C 3	Indicar cualquier complicación y los tratamientos realizados. (fiebre, hipertensión, hemorragia, problemas de lactancia)	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
C 4	Indicar si:	SI	NO
	¿Se controló la hemoglobina posparto? ....	1	2
	¿Se realizó transfusión? .....	1	2
	¿Se derivó a UCI? .....	1	2

D		Muerte por aborto	
D 1	Fecha del aborto	<div></div> <div></div> <div></div>	
D 2	Edad gestacional a la fecha del aborto	<div></div> <div></div> (en semanas)	
D 3	¿El embarazo fue confirmado por ecografía?	Si ..... 1 No..... 2	
D 4	Tipo de aborto	Completo ..... 1 Incompleto ..... 2 Retenido ..... 3 Enfermedad trofoblástica/mola ..... 4	
D 5	Indicar detalles del tratamiento (fármacos, infusiones EV, tiempos, si se usaron prostaglandinas, etc.) y todo otro dato que considere de interés	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	

**E 1** ¿Sabía la mujer que estaba embarazada? Si ..... 1  
No..... 2

**E 2** ¿El embarazo fue confirmado por ecografía? Si ..... 1  
No..... 2

**E 3** Indicar todo los datos que considere de interés .....  
.....  
.....  
.....

**F 1** Edad gestacional o días de post parto al diagnóstico     semanas     días

**F 2** Sitio de trombosis .....

**F 3** Sitio de embolia .....

<b>F 4</b> Trombo-embolismo pulmonar	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Había antecedentes de trombo-embolismo? .....	1	2
Si así fuera ¿ estaba relacionado con el embarazo? .....	1	2
¿Hay antecedentes familiares de trombo-embolismo? .....	1	2
¿Hay estudios de pesquisa de trombofilias? .....	1	2
¿Tuvo recientemente un viaje largo en auto o avión? .....	1	2
¿Hay algún otro factor como inmovilización prolongada en silla? .....	1	2

**F 5** Si se utilizó contracepción hormonal, indique toda la información disponible que considere de interés (compuesto, vía, dosis, hasta cuanto tiempo antes del embarazo, contraindicaciones, etc.)

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

**F 6** Si durante el embarazo o parto recibió trombo-profilaxis, indique toda la información disponible que considere de interés (droga, vía, dosis, indicación de vendajes, etc.)

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

**F 7** Indique si a la muerte era obesa y que estudios o tratamientos se hicieron

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

**G 1** Indique en el siguiente cuadro si hay información sobre la presencia de alguna infección

Momento	Fiebre	Blancos altos	Leucopenia	Otra evidencia
Embarazo menor a 22 semanas				
Embarazo igual o mayor a 22 semanas				
Intraparto				
Puerperio				
Posparto de 6 semanas o más				

**G 2** ¿Se realizó cultivo?

Si ..... 1

No..... 2

**G 3** Si la respuesta es afirmativa, marque cuáles se realizaron

	SI	NO
Orina .....	1	2
Sangre .....	1	2
Placenta .....	1	2
LCR .....	1	2
Vagina .....	1	2
Otro .....	1	2

**G 4** Indique qué microorganismos se identificaron y qué antibióticos y tratamientos se administraron

.....

.....

.....

.....

H 1 Tipo de anestesia

.....

Monitoreo utilizado	SI	NO
ECG .....	1	2
Oxímetro de pulso .....	1	2
Capnografía .....	1	2
Presión venosa central.....	1	2
Intra-arterial .....	1	2

H 2 Anestesia regional

Carga de líquido pre-anestesia (volumen) ..... 1

Peridural ..... 2

Raquídea ..... 3

Otra (especifique) ..... 4

H 3 Si pasó de regional a general,  
indique la causa

.....

.....

H 4 ¿El anestesista estuvo presente  
durante toda la intervención?

Si ..... 1

No..... 2

H 5 Si la muerte ocurrió antes de la  
recuperación, indique el tiempo entre la  
administración de anestesia y la muerte

[ ] hs. [ ] min.

H 6 ¿Hubo recuperación completa?

Si ..... 1

No..... 2

[ ] [ ]  
fecha horaH 7 ¿Hubo recuperación completa del  
bloqueo neuromuscular confirmada  
por estimulación nerviosa?

Si ..... 1

No..... 2

H 8 Posición durante la extubación:

☐

Lateral

☐

Supina

H 9 ¿Se usó saturación de oxígeno  
durante la recuperación?

Si ..... 1

No..... 2

H 10 Lugar de la recuperación  
¿Dónde se recuperó?

Quirófano ..... 1

Sala de recuperación ..... 2

Terapia intensiva ..... 3

Habitación ..... 4

Otro (especificar) ..... 4

H 11 Describa los problemas o deficiencias que pudieran haber contribuido a la muerte (por ej. ausencia o falta  
de equipamiento, demora en obtener hemoderivados, falta de personal, etc.)

.....

.....

Si la paciente fue derivada a terapia intensiva u otra unidad de cuidados críticos complete los siguientes ítems

J 1

	Admisión/Transferencia inicial	Segunda derivación o transferencia
Terapia intensiva (UCI)		
UCI, otra institución		
Cuidados especiales		
Cuidados especiales, otra institución		
Unidad cardíaca		
Unidad neurocirugía		
Otra, especifique		

J 2 Complete la tabla para cada derivación que corresponda

	Admisión/Transferencia inicial	Segunda derivación o transferencia
Fecha de la transferencia		
Hora de transferencia		
Causa de transferencia		
Problemas o demoras en la transferencia		
Título acompañante		
Tiempo de internación antes del traslado o muerte		

J 3 Si hubo más de 2 derivaciones, por favor de los detalles solicitados en hoja anexa.

K 1 Si la paciente fue vista en la Guardia o Departamento de Urgencia o Emergencia, Indique toda información que considere de interés ( cuánto tiempo esperó hasta ser atendida, quién la atendió inicialmente, qué estudios se realizaron, cuál fue el diagnóstico y el plan de tratamiento, etc.) :

.....

.....

.....

.....



En este apartado interesa conocer aspectos relacionados con problemas o enfermedades psiquiátricas, adicciones, trastornos alimentarios, violencia doméstica así como enfermedad psiquiátrica persistente y depresión postnatal.

L 1	Diagnóstico	Si	No	Edad al comienzo	Tratamiento
	Síndrome cerebral orgánico				
	Esquizofrenia				
	Psicosis				
	Trastorno bipolar				
	Depresión grave				
	Depresión leve o moderada				
	Ansiedad/crisis de pánico				
	Stress				
	Drogadicción				
	Anorexia/bulimia				
	Trastorno de personalidad				
	Otro (especificar)				

**L 2** La enfermedad psiquiátrica se diagnosticó en

Este embarazo ..... 1

Post-parto ..... 2

No se diagnosticó ..... 3

**L 3** Indique el tipo de tratamiento recibido por la paciente

.....

.....

.....

.....

**L 4** Indique si en su opinión hubo demoras en las derivaciones o el tratamiento

.....

.....

**L 5** Describa todas las circunstancias o detalles que considere de interés (intentos de suicidio, método utilizado, agresiones a terceros, etc)

.....

.....

.....

.....