



*MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA DE COSTA RICA*

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

*DIRECCION DE GARANTIA AL
ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

*DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA
SECCION SALUD DE LA MUJER*

**DOCUMENTO OFICIAL PARA ANALISIS DE CASO DE MUERTE
MATERNA**

INSTRUMENTO N° 3

**Revisado y actualizado por:
Comisión Nacional de Mortalidad Materna
Comisión Regional de Mortalidad Materna M.S/CCSS
Comités Hospitalarios de Mortalidad Materna**

**Costa Rica
2001**

2. Antecedentes patológicos personales y socioculturales:

	SI	NO
Diabetes Mellitas		
Hipertensión Arterial		
Sangrado		
Cardiopatías		
Cirugía pélvica uterina		
Infecciones a repetición		
Drogadicción		
Tabaquismo		
Violencia Intrafamiliar		
Otra. Especifique:		

3. Antecedentes Obstétricos:

Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Fórceps _____

No consignado en el expediente _____

4. Fecha de último parto:

Mes _____ año _____

5. Período intergenésico con el actual

embarazo: _____ años

6. Terminación del último parto:

Espontáneo: _____ Inducidos: _____

Conducido _____ Fórceps _____

Cesárea _____

7. Fecha de último aborto:

mes _____ año _____

EMBARAZO ACTUAL

1. Peso Anterior: _____ kilos

2. Talla _____ cm

3. FUR: _____

4. FPP _____

5. Edad gestacional: _____ semanas

6. Control Prenatal: Si ___ No ___

7. No. de consultas _____

8. Captación del embarazo:

1° trimestre _____

2° trimestre _____

3° trimestre _____

9. Lugar del control prenatal, nombre del establecimiento:

Público _____

Privado _____

Mixto _____

10. Esta vacunada contra el tétanos?
Si ___ No ___

11. Fecha de aplicación de la
vacuna _____

12. Exámenes de laboratorio indicados y reportados:

	1 trimestre		2 trimestre		3 trimestre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Grupo						
RH						
HTO						
HB						
VDRL						
Glicemia						
Orina						
Papanicolau						
HIV						
Otros						

Especifique _____

13. Otros estudios complementarios indicados y reportados

	1. trimestre		2. trimestre		3. trimestre	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ultrasonido obstétrico						
Amniocentesis						
Monitoreo fetal						
Otro						

Especifique _____

14. Medicamentos de rutina indicados
SI ___ NO _____

Especifique _____

15. Referencia a otro nivel
SI ___ NO _____

Especifique _____

16. Ganancia de peso:

	SI	NO
Insuficiente		
Adecuado		
Sobrepeso		

17. Identificación de factores de riesgo

SI _____ NO _____ Especifique: _____

18. Clasificación del riesgo: Alto _____ Bajo _____

19. Atenciones en cada consulta:

No. de consulta	2	3	4	5	6	7
Fecha						
Examen físico inicial completo						
Peso anterior al embarazo						
Examen obstétrico						
Peso						
Edad gestacional						
Presión arterial						
Altura uterina						
Movimientos fetales (mayor de 16 semanas)						
Frecuencia cardiaca fetal (mayor de 16 semanas)						
Detección de factores de riesgo						

Observaciones _____

III. INTERNAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

1. Fecha de ingreso _____ 2. Hora de ingreso _____

3. Ingresó al servicio de _____ 4. Referida por _____

5. Tiempo transcurrido desde admisión a la valoración por el gineco-obstetra días _____ horas _____

6. Examen físico de ingreso: SI__ NO _
Explique:

_____**IV. ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

1. Nombre de la paciente: _____ 2. N° de expediente: _____

3. Fecha de ingreso _____ 4. Hora de ingreso _____

5. Hora de atención _____ 6. Diagnóstico de ingreso _____

7. Control de signos vitales

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		
Temperatura		

Observaciones _____

8. Examen físico completo SI ____ NO ____ 9. FUR _____

10. FPP _____

11. Edad gestacional ____ semanas

12. Antecedentes obstétricos:

Gesta ____ Para ____

Aborto ____ Cesárea ____

13. Indicación de exámenes de laboratorio

SI ____ NO ____

Observaciones _____

14. Examen obstétrico:

	SI	NO
Maniobras de Leopold		
Altura uterina		
Tacto vaginal		
Valoración de bienestar fetal		
Control frecuencia cardiaca fetal		

15. Detección factores de riesgo SI ____ NO ____

Especifique _____

16. Indicación de medicamentos: SI ____ NO ____

Especifique _____

17. Referencia SI ____ NO ____

Especifique _____

18. Permanencia en sala de observación SI ____ NO ____

Especifique _____

19. Internamiento SI ____ NO ____

Especifique _____

20. Atendida por: Médico gineco-obstetra _____
 Médico general _____
 Enfermera obstetra _____
 Enfermera general _____
 Otro _____

21. Hora en que fue atendida por el ginecoobstetra _____

22. Indicación de exámenes de laboratorio.

	SI	NO
Grupo		
RH		
Hematocrito		
Hemoglobina		
Glicemia		
Orina		
HIV		
Otros:		

23. Horas de estancia en el servicio
de emergencias _____

24. Fecha de egreso _____

25. Diagnóstico de egreso _____

26. Condición de egreso: Con patología: Referida al servicio de: _____
 Traslado al Hospital: _____
 Internamiento (servicio) _____
 Fallecida _____

V. ATENCION DURANTE EL ABORTO

1. Fecha de ingreso _____ 2. Hora de internamiento _____

3. Referida por _____ 4. Internada en el servicio de _____

5. Examen físico de ingreso: SI ___ NO ___ Explique _____

6. Edad gestacional _____ semanas

7. Manejo de la amenaza de aborto
ambulatorio _____
hospitalario _____

8. Tipo de aborto:
Espontáneo _____
Inducido _____

9. Complicaciones: Hemorragia ____
 Infección ____
 Otro (especifique)

10. Tratamiento médico: SI _ NO _
 Especifique:

11. Tratamiento quirúrgico SI ____ NO ____
 Especifique _____

12. Control de signos vitales:

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		
Temperatura		

Observaciones: _____

13. Fecha de egreso _____ 14. Hora de egreso _____
 15. Condición de egreso: Viva ____ Traslado ____ Muerta ____
 16. Días de estancia hospitalaria _____
 17. Diagnósticos de egreso: _____

VI. INTERNAMIENTO DURANTE LA LABOR DE PARTO – PARTO

LABOR DE PARTO

1. Fecha de ingreso _____ 2. Hora de ingreso _____
 3. Referida por _____ 4. Diagnóstico de ingreso _____

5. Valoración de ingreso por:

Médico gineco-obstetra	
Médico General	
Enfermera (o) Obstetra	
Enfermera (o)	
Otros:	

6. Examen físico de ingreso:
 SI ____ NO ____
 Especifique:

7. Condición membranas ovulares:
 Integras ____ Rotas (hora) ____
 Características del líquido
 amniótico:

8. Control de signos vitales

	SI	NO
Temperatura		
Pulso		
Respiración		
Presión arterial		

9. Exámenes de laboratorio de rutina

	SI	NO
Grupo		
RH		
Hematocrito		
Hemoglobina		
VDRL		

10. Examen obstétrico:

	SI	NO
Maniobras de Leopold		
Altura uterina		
Tacto vaginal		
Valoración de bienestar fetal		
Control frecuencia cardiaca fetal		

11. FUR _____
FPP _____

12. Periodo intergenésico:
_____ años _____ meses

13. Edad gestacional _____ semanas
Especifique _____

14. Llenado de partograma SI ___ NO ___
Especifique _____

15. Complicaciones SI ___ NO ___
Especifique _____

16. Detección factores de riesgo:
SI _____ NO _____

17. Clasificación de riesgo:
Bajo _____
Alto _____

18. Complicaciones: SI ___ NO ___
Especifique _____

19. Traslado:
Sala de expulsivo _____
Sala de operaciones _____
Referencia a otro establecimiento _____
Fallecida _____

ATENCIÓN DEL PARTO

1. Tipo de parto

	SI	NO
Espontáneo		
Inducido		
Conducido		
Cesárea electiva		
Cesárea emergente		
Forceps		

2. Presentación fetal:

Cefálico _____

Pélvico _____

Otro _____

3. Recién Nacido:

Vivo _____

Muerto _____

4. Duración del período expulsivo _____ 5. Tipo de alumbramiento _____

6. Duración periodo de alumbramiento _____

7. Placenta: Completa ___ Incompleta _____

8. Episiotomía SI _____ NO _____

Especifique _____

9. Desgarro SI _____ NO _____

Especifique _____

10. Condición de membranas ovulares:

Integras _____

Rotas (hora) _____

11. Características del líquido amniótico: _____

12. Complicaciones:

Especifique _____

13. Medicación: SI _____ NO _____

Especifique: _____

14. Transfusión sanguínea

	SI	NO	Cantidad
Sangre total			
Glóbulos rojos			
Plaquetas			
Plasma crioderivados			

15. Lugar de atención del parto

Especifique _____

16. Observaciones:

Médicas: SI _____ NO _____

Enfermería: SI _____ NO _____

17. Observaciones _____

VII. ATENCION DEL POSPARTO - POSABORTO AMBULATORIO

1. Presenta luego del egreso signos y síntomas de alarma SI ___ NO ___
Especifique _____

2. Cuál fue la sintomatología? _____

3. Profesional con que consulta

4. Establecimiento de salud donde
consulta _____

5. _____

6. Tuvo control posparto? SI ___ NO ___
Explique _____

7. Establecimiento donde se controló el posparto

8. Historia del control posparto:

Fecha _____

Hora _____

Número de días posparto _____

8. Examen físico completo:

SI ___ NO ___

Especifique _____

9. Control de signos vitales:

	SI	NO
Presión arterial		
Pulso		
Respiración		

10. Detección de factores de riesgo

SI ___ NO ___

Especifique _____

11. Clasificación del riesgo:

Bajo ___ Alto _____

12. Indicación de tratamiento

SI ___ NO ___

Especifique _____

13. Le entregaron referencia

SI ___ NO ___

A dónde? _____

14. Observaciones: _____

IX. ATENCION AL MOMENTO DE LA MUERTE

1. Fecha de nacimiento _____
 Edad gestacional ___ semanas
 Días posparto o posaborto _____
2. Lugar de ocurrencia:
 Hospital Público ___ Privado ___
 Clínica: _____
 Ambulancia: _____
 Domicilio: _____
 Otro: _____
3. Periodo durante el que ocurrió la muerte:
 Embarazo _____
 Parto _____
 Posparto _____
 Posaborto _____
4. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el fallecimiento:
 Inicio signos de alarma ___ horas
 Búsqueda de la atención ___ horas
 Atención brindada a las ___ horas
 Falleció a las _____ horas
5. Atendida por:

Médico gineco-obstetra	
Medico residente gineco-obstetricia	
Médico internista	
Médico general	
Enfermera (o) obstetra	
Enfermera (o) general	
Otro (especifique):	

6. Autopsia: SI ___ NO ___
7. Número de autopsia _____
8. Lugar de la autopsia:
 Hospital _____
 Medicatura forense _____
9. Diagnósticos finales derivados de la autopsia:
 1. _____ 2- _____
 3. _____ 4. _____
10. Causa de muerte obstétrica:
 Causa básica _____
 Causa directa _____
11. Causa de muerte no obstétrica:
 Causa básica _____
 Causa directa _____
12. Observaciones generales: _____



*MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA DE COSTA RICA*

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

*DIRECCION DE GARANTIA AL
ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

*DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA
SECCION SALUD DE LA MUJER*

**Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna
Instructivo Instrumento N° 3
Recolección de información para el estudio de Muertes Maternas**

**Revisado y actualizado por:
Comisión Nacional de Mortalidad Materna**

Costa Rica 2001

I. ATENCION PRENATAL

- ✓ Antecedentes patológicos personales y socioculturales
Marque con una x en cada columna, la presencia del dato en el expediente clínico
- ✓ Antecedentes Obstétricos
En los espacios consignados debe llenarse con números, no con letras. Ejemplo:
Gesta: 3
- ✓ Periodo intergenésico:
Es el espacio (tiempo) que existe entre la terminación del último embarazo y el actual.
- ✓ Embarazo actual:

Peso anterior: Significa el peso corporal de la usuaria antes de quedar embarazada
Número de consultas: Total de consultas para control prenatal que ha tenido durante el embarazo
- ✓ Exámenes de laboratorio: Toda mujer embarazada debe ser tamizada por HIV previo consentimiento firmado.
- ✓ Ganancia de peso:
Insuficiente: Ganancia de peso mensual por debajo de 1 Kilo
Adecuado: Ganancia de peso por mes de 1 a 2 Kilos
Sobrepeso: Ganancia de peso mensual por encima de los 2 kilos
- ✓ Identificación de factores de riesgo:
Factor de riesgo: Es aquella condición o trastorno que se encuentra latente o presente y que puede poner en riesgo la vida de la madre o el niño (a). Ejemplo: Hipertensión arterial.

Clasificación del riesgo: Se realiza en base a factores de riesgo detectados: es dinámico. Los hay de dos tipos: Alto riesgo: Ejemplo: embarazada más cardiopatía
Bajo riesgo: la que no tiene factores de riesgo evidente
- ✓ Atenciones en cada consulta:
Marque con una x en cada columna, la presencia del dato en el expediente clínico.

Examen obstétrico: Incluye las maniobras de Leopold y el examen vaginal

Antecedentes obstétricos: Llenar con números: no con letras.

II. ATENCION DURANTE EL PARTO

- ✓ Tratamiento médico anote si se administraron o no medicamentos y cuales
- ✓ Tratamiento quirúrgico: Anote si se le practicó alguna cirugía a la fallecida, ejemplo: legrado Uterino.

III. ATENCION DEL POSPARTO O POSABORTO HOSPITALARIO.

- ✓ Posparto hospitalario: Es el periodo comprendido entre la finalización del parto y el momento del egreso de la paciente.
- ✓ Posparto ambulatorio: Es el espacio comprendido entre el egreso hospitalario y los cuarenta días después del parto.