



*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**



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 EVALUACION DE MORTALIDAD MATERNA

Recolección de información para el Estudio de Muertes Maternas

### Instrumento No. 3

#### 1. IDENTIFICACION DEL CASO

1. Nombre de la fallecida: \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_ años.
3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
4. Nacionalidad \_\_\_\_\_
5. No. Cédula o expediente \_\_\_\_\_
6. Estado conyugal \_\_\_\_\_
7. Residencia: Provincia \_\_\_\_\_ Cantón \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_
- Otras señas: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
8. Escolaridad: \_\_\_\_\_
9. Ocupación \_\_\_\_\_
10. Asegurada: Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
- Tipo de Seguro: Directo \_\_\_\_\_  
Familiar \_\_\_\_\_  
Por el Estado \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

#### II. ATENCION PRENATAL.

1. Antecedentes Patológicos Familiares:

	SI	NO
Diabetes Mellitas		
Hipertensión Arterial		
Cardiopatías		
Tuberculosis		
Cáncer		
Otras especifique:		

## 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.