



## Ficha Epidemiológica para la Vigilancia de la Mortalidad Materna (SIS-01. SIVIGILA MM-2)

:N° LOCAL: \_\_\_\_\_ 2. N° REGIONAL: \_\_\_\_\_ 3. N° NACIONAL: \_\_\_\_\_ 4. FECHA DE MUERTE: \_\_\_\_ NOTIFICA: Estado .1

### I. MANEJO EPIDEMIOLOGICO DEL CASO

semana epidemiologica

#### 7. Fechas de envío del formato SIVIGILA MM-2

7.1. A Epidemiología Municipal

7.2. A Epidemiología Regional

7.3. A Epidemiología Nacional

#### 8.- Elaborada y/o corregida por:

NOMBRE COMPLETO

UBICACIÓN FUNCIONAL

MÉDICO:

Licda:

#### 9. Caso conocido por:

Revisión mensual de certificados de defunción  Notificación de nivel municipal para completar investigación

[ ] Otros:

#### 10. Fuente (s) de Información utilizada para llenado de la ficha epidemiológica:

Historia Clínica

Personal de Salud

Entrevista a familiares

Visita a la comunidad

#### 11. Relación residencia – ocurrencia:

Caso ocurrido en área sanitaria de residencia

#### 12. Formato SIVIGILA MM-2 elaborado a nivel de:

Área sanitaria de residencia y ocurrencia

#### 13. Clasificación de caso de muerte materna:

CEDULA

FECHA DE NAC:

EDAD:

PROFESION :

Nivel de Educacion:

#### 20. Ocupación:

21. Condición de pareja:  Sin pareja,  Relación estable (casada o no),  Relación no estable,  Ignorado

21.1 POBLACION RESIDENCIA: BARQUISIMETO

22.2. Disponibilidad de Atención Hospitalaria:

22.3. Parroquia de residencia:

MUNICIPIO:

ESTADO DE RESDENCIA:

#### 23. Condiciones de vida:

TIPO DE VIVIENDA :

23.2. Condición de Hacinamiento:  Sí  No

23.3. Agua Intradomiciliaria  Sí  No

23.4. Disposición de Excreta:  Sí  No

23.5. Condición económica que dificulta traslado  Sí  No

23.6. Condiciones de viabilidad (vías  Sí  No

23.7. Embarazo no deseado:  Sí  No

23.8. Violencia Familiar:  Sí  No

23.9 . Otros:

24. N° Embarazos anteriores: 0

25. N° de Abortos:

26. N° partos vaginales:

27. N° de cesáreas: 1

28. Nacidos vivos:

29. Mortinatos:

30. Fecha termino de emb. Anterior: 0

31. Intervalo intergenésico (meses)

32. Observación

#### 33. Antecedentes patológicos embarazos anteriores

33.1. Ninguno

33.2. Mola hidatiforme PRECLAMPسيا

33.3. Recién nacido pretermino

33.4. Recién Nacido Bajo peso

33.5. Recién nacido macrosómico

33.6. Toxemia (eclampsia, preeclampsia)

33.7. Hemorragia del Embarazo

33.8. Desproporción feto pélvica

#### 34. Antecedentes patológicos de riesgo: NIEGA

34.1 Ninguno

34.2. Hipertensión arterial

34.3. Cardiopatía

34.4. Diabetes

34.5. Lupus

34.6. Trastorno mental

34.7. Obesidad

34.8. Desnutrición

34.9. Anemia

34.10. Tabaquismo

34.11 Alcoholismo

34.12. Drogadicción

34.13. Infección VIH/SIDA:

34.14. Tumor maligno:

34.15. Cirugía

34.16. V.D.R.L reactivo:

34.17. Otra Enf. infecciosa:

34.18. Otro antecedente o condición de riesgo:

<b>35. FUR</b>	<b>36.1. Control prenatal</b> Si → → → <input type="checkbox"/> No <i>Ignorado.</i>	<b>36.2. Semanas de gestación</b> <b>38 SNAS</b>	<b>36.3. N° de consultas prenatales</b> <b>07 CONSULTAS</b>	<b>36.4. Carnet de control disponible: ?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Ignorado</i>
<b>36.5 Nombre del Establecimiento donde se controló el embarazo ?</b>			<b>36.6. Ultima consulta prenatal atendida por:</b> <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>36.7. Amerito consulta por alto riesgo:</b>		<b>36.6.1. Motivo de atención en consulta de alto riesgo:</b>		<b>37. Tipo de Embarazo:</b>
<b>38. Problemas y complicaciones detectadas durante el presente embarazo:</b>				
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Litiasis biliar	<input type="checkbox"/> Inf. Urinaria
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis		
<input type="checkbox"/> H. T. A	<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Sind. Hellp	<input type="checkbox"/> Retardo crecim. uterino
<input type="checkbox"/> Desproporción fetopélvica	<input type="checkbox"/> Feto muerto retenido	<input type="checkbox"/> Hemorragia 1er trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 2do trimestre	<input type="checkbox"/> Hemorragia 3er trimestre
<b>39. Embarazo terminado en:</b> <input type="checkbox"/> No concluido <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto Vaginal <input checked="" type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro: <u>Histerectomia Obstetrica</u>				
<b>40. Fecha de Muerte:</b> 13-	<b>40.1. Hora:</b> 1:59 AM	<b>40.2. Dia de la semana:</b>	<b>40.3. Alguna Observación en relación a fecha</b>	
<b>41. Sitio donde ocurrió el fallecimiento:</b>				
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Hospital I	<input type="checkbox"/> Hospital II	<input checked="" type="checkbox"/> Hospital III	<input type="checkbox"/> Hospital IV
<input type="checkbox"/> Hospital Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Amb. Rural	<input type="checkbox"/> Amb. Urbano	<input type="checkbox"/> CDI
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Trayecto a servicio de salud	<input type="checkbox"/> Trayecto por referencia	<input type="checkbox"/> Vía publica.	<input type="checkbox"/> Otro sitio:
<b>42. Ubicación geopolítica del sitio de ocurrencia:</b>				
<b>42.1. Población</b> <b>BBARRIO SAN JOSÉ</b>	<b>42.2. Parroquia</b> <b>JUNIÓN</b>	<b>42.3. Municipio</b> <b>UNIÓN</b>	<b>42.4. Estado</b>	
<b>43. Período de Ocurrencia del fallecimiento:</b>				
<b>43.1. <input type="checkbox"/> EMBARAZO:</b> <input type="checkbox"/> 1er trimestre <input type="checkbox"/> 2do trimestre <input type="checkbox"/> 3er trimestre			<b>43.1.1. Semanas de Gestación:</b>	
<b>43.2. <input type="checkbox"/> ABORTO:</b> <input type="checkbox"/> Durante el aborto <input type="checkbox"/> Post aborto: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Días. Cuántos: _____				
<b>43.3. <input type="checkbox"/> CURETAJE:</b> <input type="checkbox"/> Durante el curetaje <input type="checkbox"/> Post curetaje: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Días. Cuántos: _____				
<b>43.4. <input type="checkbox"/> PARTO:</b> <input type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/> Post parto: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Días. Cuántos: _____				
<b>43.5. <input type="checkbox"/> CESAREA:</b> <input type="checkbox"/> Durante la cesárea <input type="checkbox"/> Post cesárea: Tiempo: <input type="checkbox"/> < 24 horas <input type="checkbox"/> Días. Cuántos: _____				
<b>43.6. PUERPERIO:</b> Tiempo en días: <u>06hr</u> de puerperio mediano _____				
<b>43.7. <input type="checkbox"/> Durante otro momento. Especifique:</b>				
<b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO(DONDE OCURRIO)</b>			<b>44.2 Ingreso al Establecimiento:</b>	
			<b>FECHA:</b>	<b>HORA:</b>
			<b>LARA.</b>	
<b>44.3. La paciente ingresó al hospital para atención de:</b>				
<input type="checkbox"/> Complicación durante el embarazo <input type="checkbox"/> Aborto en evolución <input type="checkbox"/> Post aborto				
<b>44.4 Diagnostico de ingreso al Hospital. 1-EMBARAZO DE 38 SNAS + 5 DÍAS X FUR 2- TRABAJO DE PARTO 3- DISTOCIO FUNICULAR:</b>				
<b>44.5 NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA.</b>	<b>DIAS DE ESTANCIAS: 02 DÍAS</b>	<b>ATENDIDA :</b>	<b>DIAS EN UCI: 3 HORAS</b>	
<b>44.8. Procedimientos realizados y fecha: (anote la fecha en la casilla (s) correspondiente (s) según corresponda )</b>				
<b>44.8.1. Curetaje:</b>	<b>44.8.2. Episiotomía</b>	<b>44.8.3.</b>	<b>44.8.4. otro(s)</b>	
<b>44.9. Presencia de infección hospitalaria:</b> Si <input type="checkbox"/> No	<b>44.9.1. Tipo(s) de Infección Hospitalaria:</b>		<b>44.9.2. La infección hospitalaria fue causa directa de muerte?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>44.10. Se realizó necropsia:</b>	<b>Si ↓</b>	<b>No →</b>		
<input type="checkbox"/> Movilización por referencia entre establecimientos de salud				
<b>46.1. Distancia en tiempo a servicio de</b>	<b>46.2. Costo de</b>	<b>46.3. Antecedentes de haber consultado por la enfermedad o</b>		
<b>SITIO DE OCURENCIA DEL FALLECIMIENTO:</b>		<b>47.2. Circunstancia de ocurrencia del fallecimiento 5- miopia bilateral 6- pseudofofuquia en ambos ojos 7- periodo intergenerico corto 8- APO: Embarazo mal controlado</b>		

<b>48. Síntomas y signos de inicio del problema o complicación:</b> <i>Registre los principales</i> 11-10-2017 CS DS VS                      12-10-2017				48.1. Fecha de Inicio:	48.2. Hora de Inicio: 031:0pm
<b>49. Reconoció oportunamente la gravedad del problema:</b> Si <input type="checkbox"/> No →→→→		<b>3</b> <input type="checkbox"/> Desconocimiento de signos de alarma <input type="checkbox"/> Rehúsa atención médica <input type="checkbox"/> Otros:			
<b>50. Búsqueda oportuna de atención médica:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No → ↓		<b>50.3. Problemas identificados en la búsqueda de atención médica</b>			
50.1. Fecha: 11-010-2017		50.2. Hora: 3:38PM			
<b>51. Recibió oportunamente atención médica:</b> Si <input type="checkbox"/> No → ↓		<b>51.4. Limitaciones detectadas:</b>			
51.1. Nombre de Establecimiento:		<input type="checkbox"/> Indicaron tratamiento ambulatorio <input type="checkbox"/> Establecimiento sin cupo <input type="checkbox"/> Demora en el traslado por: <input type="checkbox"/> Falta de ambulancia para traslado. <input type="checkbox"/> Ambulancia no disponible en el momento <input type="checkbox"/> Falta gasolina para ambulancia <input type="checkbox"/> Otro:			
51.2. Poblacion	51.3.Fecha:	51.3.1. Hora:			
<b>52. Ameritó traslado a otro establecimiento de salud:</b>		52.1. Fecha:	52.1.1.Hora:	52.2. Motivo del traslado:	
52.3. Nombre del Establecimiento hasta donde es referida:			52.4. Problemas detectados en el traslado:		
<b>53. Ingreso a establecimiento de mayor complejidad:</b>					
53.1. Fecha:		53.1.1. Hora:		53.2. Condición clínica al llegar:	
53.3. Problemas detectado en el acceso a establecimiento de mayor complejidad:					
<b>54. Registrar hallazgos pertinentes, según criterio, para conclusión diagnóstica:</b>					
Criterio:		Hallazgo pertinente:			
<b>VIII. CAUSA DE MUERTE</b>					
55. Registrar en las siguientes celdas las causas de muerte de acuerdo a la clasificación sugerida. . Es importante registrar la secuencia de acontecimientos clínicos					
		<b>Diagnóstico</b>			
<b>CAUSAS BASICAS :</b>					
55.4. Otros diagnósticos que contribuyeron al fallecimiento.					
55.5. Registrar alguna observación pertinente al diagnóstico de muerte: (Por ejemplo incongruencias con el Certificado de Defunción)					
<b>56. Condiciones vinculadas con algunos diagnósticos de causa básica de fallecimiento:</b>					
56.1. En aborto espontáneo, se identificó causa subyacente:		56.1.1. Especifique: (Por ejemplo sífilis materna, toxoplasmosis, etc)			
56.2. En aborto inducido no médico, se identificó método utilizado:		56.2.1. ¿Cuál método se identificó?			
56.3. En sepsis puerperal se estableció la causa subyacente:		56.3.1. ¿Por qué ocurrió la sepsis puerperal?			
56.4. En fallecimiento vinculado al trabajo de parto se investigó el tiempo de trabajo		56.4.1. Tiempo en horas:			
56.5. En fallecimiento vinculado a cesarea se investigó la causa para indicación de		56.5.1. Motivo para la indicación de cesarea:			
condicion del producto de gestacion: RN MASCULINO VIVO					
57.2. Talla al nacer de recién	57.3. Peso al nacer de	57.4. Edad gestacional de	57.5. Condición del Recién Nacido a la fecha de muerte de		

58. Seleccione una de las alternativas que se dan a continuación y en el espacio en blanco registre la explicación que motiva su selección.

<input type="checkbox"/>	58.1. La disponibilidad de servicios, accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención de salud fueron SUFICIENTES para las	
<input type="checkbox"/>	58.2. La disponibilidad de servicios de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.3. La accesibilidad a la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.4. La oportunidad para la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.5. La calidad de la atención de salud fue INSUFICIENTE para las necesidades de la paciente	
<input type="checkbox"/>	58.6. En este caso no hubo demanda de atención en servicios de salud	
<input type="checkbox"/>	58.7. No sabe	
<input type="checkbox"/>	58.8. No opina	

Unidad de Epidemiología de:	Nombre del responsable del llenado y/o revisión de la ficha:	Función en la Unidad de Epidemiología
LOCAL	DR. FRANCISCO CANDELORO	MEDICO
Municipal ( )	Lcda:	Lcda
Regional		
Nacional		

59. Registre comentarios, sugerencias y observaciones relacionados con la aplicabilidad de la ficha en este caso en particular o en general con la

00.1. Sexo de la  
Dependencia Local

00.2. Sexo de la  
Dependencia Municipal

00.3. Sexo de la  
Dependencia Regional