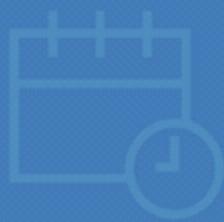


# **PAMMEI**

---



## **FORMULARIO A**

**PROGRAMA DE ANÁLISIS DE MUERTE MATERNA E INFANTIL - MORTALIDAD FETAL  
INSTRUMENTO PARA EVALUAR INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS y OTRAS FUENTES  
VERSIÓN 2021**



1. Identificación del caso

Año: N° de caso: Comité de Zona Sanitaria:
DNI persona gestante:
Obra Social: SI NO Cual?
Fecha de Muerte fetal: Desconocida:
Muerte fetal intermedia: EG:
Muerte fetal tardía: EG:
Fecha de evento obstétrico:
Sexo: Masculino Femenino Indet
Peso en gramos:
EG:
Causa de la defunción en Informe estadístico de defunción/HC
Localidad de residencia habitual de la persona gestante:
Localidad de ocurrencia del evento obstétrico:
Nombre del establecimiento o institución que notifica la defunción:

2. Fuentes de Información disponibles para el comité, al momento del análisis.

Marcar con una cruz según corresponda:

Certificado Defunción SIP PLUS/CLAP Autopsia verbal HC obstétrica ANDES
Evaluación neonatal Hoja derivación Epicrisis
Carnet de Control Prenatal
Otras(ANDES u otras disponibles) Informe de Anatomía patológica Informe genético
Observaciones:



3. Indicadores socioeconómicos

Persona gestante:

Máximo nivel de instrucción alcanzado por la persona gestante:

Nunca asistió [ ] Primario [ ] Secundario [ ] Terciario [ ] Universitario [ ]

Completo [ ] Incompleto [ ]

¿Cuál es la situación laboral de la persona gestante?

Trabaja [ ] Está de licencia [ ] No trabaja [ ] Busca trabajo [ ] No busca trabajo [ ]

Padre:

Máximo nivel de instrucción alcanzado por padre:

Nunca asistió [ ] Primario [ ] Secundario [ ] Terciario [ ] Universitario [ ]

Completo [ ] Incompleto [ ]

¿Cuál es la situación laboral de la persona gestante?

Trabaja [ ] Está de licencia [ ] No trabaja [ ] Busca trabajo [ ] No busca trabajo [ ]

4. Antecedentes familiares y personales de riesgo de la persona gestante

Familiares:

TBC [ ] DBT [ ] HTA [ ] Preeclampsia [ ] Eclampsia [ ]

Otras:.....

Personales maternos:

VIH [ ] TBC [ ] DBT [ ] HTA [ ] Preeclampsia [ ] Eclampsia [ ]

Cirugía genitourinaria [ ] Infertilidad [ ] Cardiopatía [ ] Nefropatía [ ] Violencia [ ]

Consumo problemático de sustancias:.....

Otras:.....

Estado civil materno:

Casada [ ] Unión Estable [ ] Soltera [ ]

Otro:.....

Observaciones:.....

.....



Marcar con una cruz lo que corresponda:

Autopsia verbal

Entrevista familiar

Fecha: ...../...../.....

Adjuntar el informe de la misma.....
En caso de no haberse realizado, fundamentar motivos.

Observaciones: .....

5. Atención del Embarazo

Edad de la persona gestante al momento del evento obstétrico en años cumplidos.....

¿El embarazo se controló?: SI  NO  NO SE SABE

Establecimiento de subsector público  Establecimiento Privado o de la Obra Social

¿Otro lugar? cuál:

Nombre del establecimiento:.....

Antecedentes obstétricos:

¿Cuántos embarazos tuvo la persona gestante, contando a este embarazo? .....

¿Cuántos hijos NV tuvo? .....

Y ¿cuántas defunciones fetales? .....

Número de embarazos terminados en cesárea .....

Fallecimiento de otros niños: SI  NO  NO SE SABE

Lo que sigue debe ser definido en consonancia con la norma vigente a la fecha (Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal del Ministerio de Salud de la Nación. Año 2013 o la que la reemplace)

Marcar con una cruz según corresponda:

El Intervalo intergenésico último ¿ha sido breve? SI  NO  NO SE SABE

Captación oportuna: SI  NO  NO SE SABE

Control prenatal:

Nº Adecuado según EG: SI  NO

EG, confiable: SI  EG x FUM  EG x ECO  NO  NO SE SABE



¿Se consignaron riesgos individuales maternos?

Consumo: Tabaco (activo o pasivo)  Alcohol  Medicamentos

Otras sustancias  Violencia de género

Otros: .....

¿Recibió las vacunas según Calendario vigente?

Triple Bacteriana Acelular: SI  NO  Antigripal: SI  NO

Otras según normas nacionales de vacunación vigentes, detallar: .....

.....

¿Se solicitaron y efectuaron los estudios de laboratorio de rutina?

Marcar con una cruz según corresponda:

Grupo y factor ..... Ant. irregulares .....

Toxoplasmosis  VIH  Urocultivo  Sífilis  Estreptococo B

Hb  Chagas  Glucemia  VHB  PAP

¿Se realizaron Ecografías según norma vigente? (El estudio ecográfico en los embarazos de bajo riesgo. Año 2009 o la que la reemplace)

11-14 Sem:  20-24 Sem:  3° trimestre:

Otras: .....

¿Tuvo asesoramiento genético en el caso que corresponda? SI  NO  NO SE SABE

En el caso de contestar SI, detalle.....

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? SI  NO  NO SE SABE

¿Cuáles?.....

¿Recibió atención? SI  NO  NO SE SABE

En el caso de contestar **SI**, detalle:

Lugar	Fecha	EG	Diagnóstico o problema	Internación	
				SI	NO



Evaluación de la atención del Embarazo:

Adecuado [ ] Inadecuado [ ]

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas .....

Observaciones:.....

.....

6. Atención del evento obstétrico

El evento obstétrico ocurrió en:

Establecimiento de subsector público [ ] Establecimiento privado [ ] Vivienda [ ] Ambulancia [ ]

¿Otro lugar? ¿Cuál?.....

Nombre del establecimiento: .....

El evento obstétrico fue atendido por:

Médico/a [ ] Obstétrico/a [ ] Enfermero/a [ ]

Otro ¿Cuál?..... Sin atención [ ]

¿En nivel de complejidad adecuado según Regionalización vigente? SI [ ] NO [ ] NO SE SABE [ ]

La forma de presentación fue: Cefálica [ ] Podálica [ ] Transversa [ ] No se sabe [ ]

La terminación del parto fue: Espontánea [ ] Cesárea [ ] Fórceps [ ] Otra [ ]

Ambiente quirúrgico: SI [ ] NO [ ] NO SE SABE [ ]

Embarazo: simple [ ] múltiple(ordén): [ ]

Complicaciones: SI [ ] NO [ ] NO SE SABE [ ]

Especificar cuáles .....

.....



Derivación: SI  NO  ¿Al nivel de complejidad adecuada? SI  NO

¿Hacia cuál establecimiento? .....

¿Derivación oportuna? SI  NO

Evaluación de la atención del evento obstétrico. Marcar con una cruz según corresponda:

Adecuado  Inadecuado

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas: .....

Poner énfasis en: Evaluación según riesgo Materno y Neonatal, lugar de parto según nivel de complejidad y semanas de gestación y riesgo perinatal.

Observaciones: .....

**7. Evaluación neonatal**

EG  Peso  Talla  PC

Término  Pretérmino  Postérmino

Peso/EG: adecuado para EG  Grande para EG  Pequeño para EG

Bajo peso (<2.500 grs.)  Muy bajo peso (<1.500 grs.)

Extremo bajo peso (<1.000 grs.)

Problemas y/o patologías detectadas: SI  NO  NO SE SABE

Especificar cuáles: .....

Autopsia u Otro estudio si corresponde.....

**Registros sanitarios:**

Completos  Incompletos

Legibles  Ilegibles

Observaciones:.....



8. Registro de intervenciones después del evento obstétrico

¿Las intervenciones realizadas contaban con consentimiento informado? SI  NO

¿Se registró la muerte fetal en la HC? SI  NO  NO SE SABE

¿Actuó el equipo de salud según lo esperado por protocolo de duelo? SI  NO  NO SE SABE

¿Se le informó al hospital de origen sobre la muerte fetal? SI  NO  NO SE SABE

¿El equipo del hospital de origen tomó contacto con la familia por la situación de duelo? SI  NO  NO SE SABE

Evaluación general de la atención:

Adecuada:  Inadecuada:

Observaciones:.....

Fecha de evaluación: ...../...../.....

Evaluadores: .....

Definiciones:

Muerte fetal intermedia: 22 a 27 semanas completas de gestación.

Muerte fetal tardía: Con un peso al nacer igual o superior a 1000 gramos, al menos 28 semanas de gestación y una longitud del cuerpo igual o superior a 35 cm, siendo el peso al nacer prioritario frente a la edad gestacional. OMShttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1

Periodo Intergenésico Corto: El PIC se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Periodo Intergenésico: Intervalo entre la fecha de resolución del último evento obstétrico y el inicio (FUM) del siguiente embarazo ( Marston, C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. World Health Organization, 2005;1-37. Se considera que el tiempo óptimo de un intervalo genésico posterior a un aborto sea de 6 meses antes de un nuevo embarazo. El periodo intergenésico óptimo recomendado es de 18-23 meses para evitar eventos obstétricos adversos.(Love, ER., Bhattacharya, S., Smith, NC., Bhattacharya, S. Effect of interpregnancy intervals on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. British Medical Journal,2010;341:3967.