

PAMMEI



FORMULARIO A

MORTALIDAD INFANTIL
INSTRUMENTO PARA EVALUAR INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS y OTRAS FUENTES
VERSIÓN 2020



1. Identificación del caso

Año: N° de caso: Comité de Zona Sanitaria:
DNI materno:
Obra Social: SI NO Cual?
Fecha de nacimiento:
Fecha de defunción:
EG al nacer en semanas de gestación:
Fecha del evento obstétrico:
Edad al momento del fallecimiento:
Sexo: Masculino Femenino Indet
Peso al nacer en gramos:
Peso al morir en gramos:
Causa de la defunción en Informe estadístico de defunción:
Localidad de residencia habitual de la madre:
Localidad de ocurrencia del nacimiento:
Localidad de ocurrencia de la defunción:
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 Certificado de nacido vivo SIP PLUS/CLAP HC obstétrica/ANDES
HC neonatal HC pediátrica Hoja derivación Epicrisis
Carnet de Control Prenatal Libreta de salud del niño:
Otras (detallar):
Observaciones:



3. Indicadores socioeconómicos

Madre:

Máximo nivel de instrucción alcanzado por la madre:

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

Completo [] Incompleto []

¿Cuál es la situación laboral de la madre?

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 del padre?

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

4. Antecedentes familiares y maternos de riesgo

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:.....

Vive sola SI [] NO []

Observaciones:.....

.....



¿Se realizó entrevista familiar? SI NO

Si se ha realizado la entrevista, adjuntar el informe de la misma

Observaciones:

5. Atención del Embarazo

Edad de la madre al nacer el niño en años cumplidos:

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

Si la respuesta es SI, los controles ocurrieron en, marcar con una cruz según corresponda:

Establecimiento de subsector público Establecimiento Privado o de la Obra Social

¿Otro lugar? cuál:

Nombre del establecimiento:.....

Antecedentes obstétricos:

Contando a este niño/a ¿cuántos embarazos tuvo la madre?

Contando todos estos embarazos ¿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

¿ En momento oportuno 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:

¿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 Parto y Parto

El nacimiento ocurrió en:

Establecimiento de subsector público Establecimiento privado Vivienda Ambulancia

¿Otro lugar? ¿Cuál?.....

Nombre del establecimiento:

El parto 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

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 Parto y Parto: 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. Atención del RN

EG al nacer Peso Talla PC

RN de término Pretérmino Postérmino

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

Apgar: 1' 5' 10' No consignado

RN de 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:

Pesquisa neonatal SI NO NO SE SABE

Otro estudio si corresponde:

Detección de cardiopatías congénitas SI NO NO SE SABE

Fondo de ojo: SI NO NO SE SABE

Oto- emisiones: SI NO NO SE SABE

RCP: SI NO NO SE SABE

Traslado: SI NO NO SE SABE



ANTE TRASLADO, especificar marcar con una cruz según corresponda

Por complejidad Por contra - referencia Por necesidad de cama

Otras:

Nombre del establecimiento al que fue trasladado :.....

Inicio lactancia materna Sala de partos Internación conjunta

Neonatología Servicio de cuidados críticos pediátricos (SCCP) NO SE SABE

En el caso de NO haber iniciado lactancia materna especificar la/lascausas:

Egreso del RN: Vivo Fallecido Traslado

Alimento al Alta: Lactancia materna exclusiva SI NO NO SE SABE

Evaluación de la atención del RN, marcar con una cruz según corresponda

Adecuado Inadecuado

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas

Tome como guía de evaluación lo siguiente:

- ¿Nivel de complejidad adecuado según EG y/o antropometría?
- ¿Diagnóstico oportuno de las complicaciones?
- ¿Tratamiento oportuno de las complicaciones?
- ¿Traslado oportuno en tiempo y hacia nivel de complejidad adecuado a su patología?

Observaciones:.....

SI FALLECE ANTES DEL EGRESO DE NEONATOLOGIA PASAR AL APARTADO 10

8. Control de crecimiento y desarrollo (según la Guía de seguimiento de atención de niños y niñas menores de 6 años provincial vigente o la que la reemplace)

Realizó controles SI NO NO SE SABE



Crecimiento			Desarrollo		Diagnóstico o problema	Vacunas				Lactancia materna			
Perc Peso	Perc Talla	Perc Pc	En Rango	fuera rango		Completas		Oportunas		excl.*	mixt.	artif.	n/s
						si	no	si	no				

*Especifique duración de la lactancia materna exclusiva.

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas durante dicho seguimiento:

.....

.....

.....

Evaluación del control de crecimiento y desarrollo

Adecuado Inadecuado

Observaciones:.....

.....

9. Atenciones previas al fallecimiento (enfermedades padecidas)

¿Tiene registro de otras enfermedades previas? SI NO NO SE SABE

Edad	Consultó		Diagnóstico o Problema	Completó Estudios			Completó Tratamientos			Alta del Problema			
	c.e	Int.		si	no	n/s	si	no	n/s	Si	no	n/s	

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas durante dicho seguimiento:

.....

.....

.....

Evaluación de la atención previa

Adecuado Inadecuado

Observaciones:.....

.....

10. Atención médica de la última enfermedad

El fallecimiento ocurrió en:

Establecimiento de salud público Est. Privado Vivienda



¿Otro lugar? Cual.....

Nombre del establecimiento:.....

Identificar los establecimientos involucrados en la atención médica de la enfermedad última:

Table with 5 columns: Establecimiento, Fecha, Demanda (Espontánea, Derivación), Diagnóstico

Si el fallecimiento fue institucional ¿dónde ocurrió?:

- Cons.Ext, Emergencia/Guardia, Sala de Internación, Cuidados Intermedios, Cuidados Intensivos, Internación Domiciliaria, Ambulancia

Otro:

Completar los siguientes ítems de acuerdo con la información disponible del lugar donde falleció:

Fecha de ingreso:/...../.....
Fecha de defunción: :/...../.....
Permanencia (horas / días / meses):.....
Diagnósticos:.....
Presuntivo:.....
Definitivo principal y secundarios:
Causa de muerte:
Intervenciones quirúrgicas: SI NO Tipo de cirugía:.....
Diagnóstico:



Evaluación de cirugía:

Necesidad detectada en internación SI NO NO SE SABE

Consentimiento Informado SI NO NO SE SABE

Hubo demora diagnóstica SI NO NO SE SABE

Hubo error de diagnóstico SI NO NO SE SABE

Hubo demora terapéutica SI NO NO SE SABE

Evaluación de complicaciones SI NO NO SE SABE

Tipo de complicación

Infecciosa Metabólica Anestésica Quirúrgica por procedimientos

Otros (especificar):.....

Relación de la complicación con la muerte

No probable Causa de la muerte:.....

Evolución:

Evaluación del estado nutricional de ingreso:

Eutrófico Desnutrido Sobrepeso/Obeso No se sabe

Condición al ingreso:

BEG REG MEG NO SE SABE

Evaluación de Estudios:

Esta evaluación está en relación con la condición de ingreso, al diagnóstico y a la oportunidad de realización.

Evaluación	Laboratorio	Imágenes	Prácticas	Interconsultas
Adecuada				
Inadecuada				
No corresponde				



Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas

.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Evaluación de tratamientos:

Evaluación	Medicación	Hidratación	Nutrición	Soporte ventilatorio	Otros
Adecuada					
Inadecuada					
No corresponde					

Enumere a continuación las evaluaciones que consideró inadecuadas

.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Registros sanitarios:

Completos Incompletos Legibles Ilegibles

Observaciones:

.....
.....

Registro de intervenciones después del episodio final

¿Se registró la muerte en las 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?

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

Fecha de evaluación:/...../.....

Evaluador/es:
.....
.....