GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la implementación de la vigilancia y respuesta de morbilidad materna y niñez extremadamente grave, mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil y de la niñez

El Salvador 2024

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la implementación de la vigilancia y respuesta de morbilidad materna y niñez extremadamente grave, mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil y de la niñez

El Salvador 2024

2024 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo Técnico

Dr. Juan Antonio Morales Rodríguez	Dirección Integral Materno Perinatal y de la Niñez
Dra. Beatriz Adriana Serpas	Unidad de la Niñez
Dra. Mirian Elizabeth Alvarado	
Dr. Jorge Alberto Meléndez	
Dra. Carolina Hernández	
Dr. Roberto Águila Cerón	Unidad Materno Perinatal
Dra Verónica Azucena Aguirre de Ayala	
Dra Aracely Margarita Argueta Salazar	
Dra.Patricia de la Paz Salvador de Rosales	
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación
Dra. Graciela Angélica Baires Escobar	
Dra. Martha Jeannette Estrada de Loewner	Dirección Nacional de Hospitales
Dra. Ana Iris Orellana Arana	
Dra. María de los Ángeles Avilés Bermúdez	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dra. Alma Yanira García Rodríguez	Unidad de Estadística e Información en Salud
Ing. Mayra del Carmen Hernández Laínez	
Dra. Verónica Irene Soto de Hernández	Oficina de Enfermedades no transmisibles
Dr. Rene Arévalo Mata	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dra. Elisa Menjívar de Aróstegui	
Dr. Heriberto José Contreras	Hospital Nacional " Dr. Juan José Fernández", Zacamil
Dra Natalia Melissa Sasso	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar " Dr. José Antonio Saldaña"
Dr. Josué Villalobos	Región de Salud Central
Dr. Roberto Carlos Antonio Tejada	SIBASI La Paz
Dr. Carlos Alberto Meléndez Osorio	Unidad de Salud Intermedia Zacamil
Dr. Roberto Carlos Amaya	SIBASI San Miguel
Dra. Karla Graciela Campos de Cañada	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Sonia Ivette Pineda Landaverde	
Dra. Edna Carolina Fuentes de Fabian	
Dra. Ingrid Lizama de Hernández	Asociación de Pediatría de El Salvador
Dr. Saúl Noé Valdez	Asociación de Neonatología de El Salvador

Comité consultivo

Dra.Karen Elizabeth Ortega Ramírez	Viceministerio de Gestión y Desarrollo
Dr. Jorge Alberto Pleitez Navarrete	Instituto Nacional de Salud
Dr. José León Claros Vásquez	Dirección de Epidemiología
Dra.Nely Patricia Madrid Tejada	Unidad de Atención Integral a la Adolescencia
Dra. Natalia Adelina Carpio Escobar	Unidad Estadística e Información en Salud
Licda. Sofia Viana de Ábrego	Unidad Nacional de Enfermería
Dra.Blanca Leticia Cuyuch Marroquín	Región de Salud Occidental
Dra.Blanca de Jesús Romero de Santos	Región de Salud Oriental
Dra.Aracely Alexandra Aguirre Monge	
Dr. William Alfonso Córdova Hernández	Región de Salud Paracentral
Dra. Sabrina Rebeca Santana Valencia	Región de Salud Central
Dra. Karla Lisseth Landaverde de Ascencio	SIBASI Sur
Dra. Alexandra Beatriz Valladares de Amaya	SIBASI La Paz
Dra. Nery Alexander Osorio Zaldaña	SIBASI Sonsonate
Dra. Ana Elizabeth Doratt Orellana	Unidad de Salud Santa Ana Casa del Niño
Dra. Claudia María García Monge	Unidad de Salud Tepecoyo
Dra. Alejandra María Meardi Cuellar	Unidad de Salud Intermedia Guadalupe
Dra. Jenny Emperatriz Teos de Tejada	Unidad de Salud San Juan Talpa
Dra. Glenda Alixón Del Río de González	Unidad de Salud Jiquilisco
Dr. Elmer Homero Turcios Zelaya	Unidad de Salud Quelepa
Dra. Mónica Lizeth Salazar de Guerra	Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana
Dra. Emma Lizama Ventura	Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel
Dra. Rebeca Saraí Moreno Robles	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dr. Melvin Antonio Moisa Martínez	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dra. Ingrid Marlene Cienfuegos García.	Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini", Sonsonate
Dra. Mirian Karina Iraheta de Herrera	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. José Manuel Salinas Escalante	
Dr. José Fernando Orellana Mayorga	
Dr. René Ernesto Alvarado Soto	
Dra. Rebeca Elizabeth Guandique de Alonzo	
Dr. Efraín Ernesto Escobar Sánchez	Fondo Solidario para la Salud

Tabla de Contenido

	Acuerdo	1
I.	Introducción	2
II.	Objetivos	3
III	Ámbito de aplicación	3
IV.	Contenido técnico	3
	A. Definiciones y clasificación de la mortalidad	3
	1. Mortalidad materna	3
	2. Mortalidad perinatal, neonatal y niñez	4
	B. Vigilancia y respuesta a la moralidad materna y morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez	5
	1. Generalidades	5
	2. Notificación de casos	8
	3. Registro de casos	10
	4. Investigación de casos	11
	5. Análisis de la Información	12
	6. Monitoreo	30
	7. Evaluar y readecuación de planes de mejora	31
	C.Sistema de vigilancia de anomalías congénitas	31
	D. Actividades de monitoreo y supervisión por nivel de atención del SNIS	33
VI.	Glosario	37
VII.	Disposiciones finales	40
VIII.	Vigencia	40
VIII.	Referencias bibliográficas	41
IX.	Anexos	42

GOBIERNO DE EL SALVADOR | MINISTERIO DE SALUD

Distrito de San Salvador y Capital de la República, a los 3 días del mes de diciembre de 2024.

Acuerdo n.° 1299

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud.

Considerando:

I. Que el artículo 65 de la Constitución, determina que: "la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

II. Que el numeral 2 del artículo 42 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo establece que compete al Ministerio de Salud: "Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".

III. Que el artículo 265 del Código de Salud establece que el Ministerio tendrá a su cargo, en colaboración con otros organismos públicos, autónomos o municipales, la recolección, clasificación, tabulación, interpretación, análisis y publicación de datos biodemográficos sobre población, natalidad, morbilidad, mortalidad, entre otros, así como lo relacionado a las diversas actividades de los organismos de salud públicos o privados y de toda información que pueda tener alguna repercusión sobre las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación.

IV. Que con fecha seis de noviembre de dos mil diecisiete, se emitieron los Lineamientos técnicos para vigilancia de la mortalidad y morbilidad extrema materna, perinatal, infantil y de la niñez, cuyo objetivo es proporcionar a los prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud, las directrices técnicas para la vigilancia efectiva de la mortalidad y morbilidad materna, perinatal, infantil y de la niñez.

V. Que el artículo 17 de la Ley Crecer Juntos establece que el Estado deberá crear políticas, programas, proyectos y servicios, con acceso y cobertura universal e inclusiva, que garanticen la atención preconcepcional, prenatal, perinatal, posparto, neonatal, pediátrica y de los adolescentes; así como realizar intervenciones que permitan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, de la niñez y de la adolescencia.

VI. Que se hace necesario actualizar dichos lineamientos, a fin de regular mediante disposiciones técnicas adecuadas, el proceso de vigilancia y respuesta efectiva de la mortalidad y morbilidad materna, perinatal, infantil y de la niñez en las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por tanto, en uso de sus facultades legales, **acuerda** emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para la implementación de la vigilancia y respuesta de morbilidad materna y niñez extremadamente grave, mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil y de la niñez

I. Introducción

La morbilidad y la mortalidad materna, perinatal, neonatal, infantil y de la niñez representan problemas de salud pública de suma importancia a nivel global. Según la evidencia científica disponible más de 250,000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo, parto, o en el periodo posparto.[1]

En nuestro país para el 2023 la tasa de mortalidad materna fue de 26.8 y pese a que se ha experimentado un descenso en este ultimo quinquenio, sigue siendo la causa directa la que más afecta a la mortalidad. La tasa de mortalidad perinatal fue de 8.2, la neonatal fue de 5.0, mortalidad en el menor de 5 años fue de 10.2, por mil nacidos vivos. Dentro de las principales causas de mortalidad tenemos la prematurez, las anomalías congénitas, asfixia perinatal, sepsis, neumonía y gastroenteritis agudas.

Asímismo, se estima que a nivel mundial las anomalías congénitas causan anualmente 240,000 muertes de recién nacidos. Además, provocan la muerte de otros 170,000 niños de entre un mes y 5 años de edad.

Tomando en cuenta que en nuestro país las anomalías congénitas constituyen la segunda causa de mortalidad neonatal y la primera causa en mortalidad infantil, se incluye dentro de este lineamiento el Sistema de Vigilancia de Anomalías Congénitas para el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La vigilancia y respuesta efectiva frente a la morbilidad y mortalidad materna, perinatal, neonatal, infantil y de la niñez son esenciales para prevenir estas tragedias. La vigilancia permite no solo identificar los factores de riesgo y las causas subyacentes de esas muertes, sino también monitorear la eficacia de las intervenciones implementadas. Por otro lado, una respuesta eficaz garantiza que las mujeres y los niños en situación de riesgo reciban atención adecuada y oportuna, lo que puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Un enfoque basado en las evidencias y respaldado por políticas adecuadas es crucial para la protección de la salud materna e infantil, contribuyendo así al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) específicamente el ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.[2]

El presente documento pretende estandarizar la vigilancia de la morbi mortalidad materna y de la niñez, a través de actividades que identifiquen, registren, notifiquen, investiguen, analicen, formulen recomendaciones y evalúen resultados en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En esta línea, las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), deben establecer estrategias sistemáticas y basadas en evidencias para la vigilancia y respuesta ante estos eventos críticos.

II.Objetivos

General

Establecer las disposiciones técnicas y administrativas para la vigilancia de la mortalidad y morbilidad grave materna y de la niñez, para la toma de decisiones informadas y efectivas, en las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Específicos

1. Estandarizar el proceso de vigilancia y respuesta a la mortalidad y morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez.
2. Proporcionar al personal de salud las herramientas técnicas para la vigilancia de la mortalidad y morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez, en todos los niveles del SNIS.
3. Normalizar en el SNIS, el proceso de detección, notificación y análisis de los casos de anomalías congénitas.
4. Definir las responsabilidades de las instituciones integrantes del SNIS en los diferentes niveles de atención para la vigilancia y respuesta de la mortalidad y morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez.

III.Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal de salud de todos los niveles de atención de las instituciones integrantes del SNIS.

IV.Contenido técnico

A. Definiciones y clasificación de la mortalidad

1. Mortalidad materna

Muerte de una mujer en el curso del embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, excluidas las causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: La muerte materna de una paciente por causas obstétricas directas o indirectas transcurridos más de 42 días, pero menos de un año, después de finalizado el embarazo.

Razón de mortalidad materna (RMM): Muerte de una mujer en el curso del embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, ya sea por causas directas o indirectas, por cada 100.000 nacidos vivos.

Las muertes maternas se clasifican de la siguiente manera, según la causa básica que se ha determinado en el análisis:

1) Causas.
2) Grado de prevención.
3) Demoras.

1.1 Clasificación según causa

a) **Directas:** resulta de complicaciones obstétricas del embarazo (prenatal, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
b) **Indirectas:** resulta de una enfermedad preexistente al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, pudiendo ser agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
c) **No relacionadas:** es la muerte de mujeres embarazadas por causas violentas o auto infringidas, es decir defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas.

1.2 Clasificación según grado de prevención

a) **Prevenibles:** son las muertes que suceden debido a un manejo inadecuado, descuido en la atención, diagnóstico incorrecto o falta de recursos para su atención, entre otros.
b) **No prevenibles:** son las que suceden a pesar de un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

1.3 Clasificación según demoras

En cada caso, se debe establecer cuál fue la demora que más incidió en la muerte, teniendo en consideración que en algunos casos pueden presentarse más de una.

a) **Primera demora:** "tomar la decisión de buscar ayuda", es la decisión de la paciente o su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionada con la patología o estado que la condujo a la muerte. La decisión puede estar influenciada por factores culturales, condición socioeconómica, autonomía de la usuaria y percepción de la atención del personal que labora en el establecimiento de salud.
b) **Segunda demora:** "llegando a la instalación médica", relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte.
c) **Tercera demora:** "recibiendo tratamiento", se valorará la provisión de la atención oportuna y de calidad, aplicación de normativa vigente, incluye la capacidad resolutiva del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, así como la referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.

2. Mortalidad perinatal, neonatal y niñez

2.1 Muerte en la niñez

Comprende desde la concepción hasta antes de cumplir los doce años:

a) **Muerte fetal o mortinato:** muerte intrauterina de bebés mayores a 22 semanas o con peso mayor o igual a 500 gramos, se clasifica en muerte fetal temprana de 22 a 28 semanas de gestación, y muerte fetal tardía de 28 o más semanas de gestación.
b) **Muerte perinatal:** es la muerte que ocurre desde las 22 de semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida.
c) **Muerte neonatal:** es aquel deceso acaecido después del nacimiento y hasta los 28 días de vida, se divide en muerte neonatal temprana (hasta los 7 días de vida) y neonatal tardía (del 8 al 28 día de vida).
d) **Muerte infantil**: muerte de un bebé que ocurre antes de cumplir el primer año de edad.
e) **Muerte menor de 5 años**: Muertes de niñas y niños que ocurren desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 5 años.

2.2 Clasificación de la mortalidad en la niñez

La mortalidad se puede clasificar de acuerdo al período en el que ocurre en fetales, neonatales, infantiles y de la niñez. Según el grado de prevención, dependiendo de la oportunidad de las

intervenciones y de los recursos disponibles para la atención de las pacientes, las muertes pueden clasificarse de la siguiente manera:

a) **Prevenibles:** son las muertes que suceden debido a un manejo inadecuado, descuido en la atención, diagnóstico incorrecto o falta de recursos para su atención, entre otros.
b) **No prevenibles:** son las que suceden a pesar de un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

2.3 Clasificación según demoras

En cada caso, se debe establecer cuál fue la demora que más incidió en la muerte, teniendo en consideración que en algunos casos pueden presentarse más de una.

a) **Primera demora:** "tomar la decisión de buscar ayuda", es la decisión de la paciente o su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionada con la patología o estado que la condujo a la muerte. La decisión puede estar influenciada por factores culturales, condición socioeconómica, autonomía de la usuaria y percepción de la atención del personal que labora en el establecimiento de salud.
b) **Segunda demora**: "llegando a la instalación médica", relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte.
c) **Tercera demora:** "recibiendo tratamiento", se valorará la provisión de la atención oportuna y de calidad, aplicación de normativa vigente, incluye la capacidad resolutiva del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros, así como la referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.

B.Vigilancia y respuesta a mortalidad y morbilidad extremadamente grave materna y niñez

1.Generalidades

Las instituciones del SNIS deben garantizar la vigilancia de mortalidad y morbilidad extremadamente grave en los establecimientos de salud, a través del ciclo de vigilancia:

1. Búsqueda e identificación de casos.
2. Notificación de casos
3. Registro de casos.
4. Investigación de casos
5. Análisis de la información y plan de acción.
6. Monitoreo.
7. Evaluar y readecuar los planes.

Tabla 1. Responsabilidades en el ciclo de la vigilancia por nivel de atención del SNIS

Paso para la vigilancia y respuesta de la mortalidad	Nivel Superior	Nivel Regional	SIBASI	Nivel Local (unidad de salud y hospitales)
Búsqueda de casos		X	X	X
Notificación de casos.		X	X	X
Registro de casos.			X	X
Investigación de casos			X	X
Análisis de la información y planes de acción.	X	X	X	X
Monitoreo	X	X	X	X
Evaluar y readecuación de los planes de mejora	X	X	X	X

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

1.1 Búsqueda e identificación de casos

Las instituciones del SNIS deben realizar la vigilancia de la morbi-mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil y de la niñez garantizando, que el personal de salud realice la búsqueda de muertes de la siguiente manera:

a) **Búsqueda pasiva:** método utilizado para la identificación de casos a través de la revisión de registros médicos existentes, informes y otras fuentes (rumores, medios de comunicación, entre otros).
b) **Búsqueda activa:** Es la indagación que debe realizar todo proveedor de servicios de salud con las personas que demandan atención en los establecimientos o en la comunidad, sobre toda muerte ocurrida en su área de responsabilidad.

1.1.1 Búsqueda pasiva

a) Las direcciones de los establecimientos de salud y los niveles locales del SNIS, ante un caso de una muerte materna, fetal, neonatal y de la niñez, deben realizar una notificación inmediata a: Dirección Regional y SIBASI correspondiente; Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, equivalentes institucionales del SNIS, Equipo Gestor Nacer con Cariño y Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez.
b) El registro, resguardo y custodia de la información debe ser garantizada por las direcciones de los establecimientos de salud, cumpliendo lo establecido en la normativa vigente.
c) Se debe realizar la vigilancia a través de las bases de datos sobre muertes a nivel nacional.
d) Llenar el formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES 01) en todos los casos de muerte materna, neonatal, infantil y de la niñez. Anexo 1.
e) En el caso de mortalidad fetal se registrará en el formulario de nacidos muertos de acuerdo a la Norma técnica de Hechos Vitales vigente.
f) En el caso de mortalidad materna se registrará en el formulario de Certificado de Defunción, de acuerdo a la Norma técnica de Hechos Vitales vigente.
g) Toda muerte materna y de la niñez debe ser digitada en el SIMMOW.

Tabla 2. Responsabilidades por nivel de atención del SNIS para la búsqueda pasiva

Nivel	Responsabilidades
Nivel Superior del Ministerio de Salud y sus equivalentes institucionales del SNIS	a) La Dirección Nacional de Hospitales (DNH) y Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención (DNPNA) y sus equivalentes institucionales del SNIS, serán responsables de garantizar el cumplimiento de los procesos establecidos para la búsqueda pasiva. b) Monitorear los sistemas de alerta establecidos en la red de establecimientos del SNIS, así como el análisis de la información recibida.
Regiones de Salud SIBASI (MINSAL) Hospitales Nivel local SNIS	a) Las direcciones regionales y hospitalarias son los responsables de garantizar el cumplimiento de los procesos establecidos para la búsqueda pasiva. b) En los hospitales, SIBASI y región se hará a través de la revisión del sistema en línea de morbimortalidad (SIMMOW) y VIGEPES. c) Las direcciones de las unidades de salud o persona delegada, debe registrar todas las muertes registradas en las alcaldías municipales, así como los establece la Norma técnica de hechos vitales, dicha información se deberá codificar y digitar en el sistema informático los primeros 10 días hábiles de cada mes. d) Codificar y digitar la información en el módulo informático correspondiente al identificarse un caso de muerte materna, fetal, neonatal, infantil y niñez. e) Al identificar un caso de muerte, notificar inmediatamente a nivel administrativo correspondiente.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

1.1.2 Búsqueda activa Mortalidad Materna (método RAMOS)

Para asegurar la vigilancia de la mortalidad materna, el personal de los establecimientos del SNIS deberá realizar la búsqueda activa, con el fin de determinar las verdaderas causas de muerte materna en el país, a través de la revisión de casos sospechosos por diagnóstico, de acuerdo a la evidencia científica. Este proceso involucra una serie sistematizada de actividades técnicas y estadísticas sustentada en la metodología RAMOS.

Es responsabilidad de las jefaturas, coordinadores y direcciones de los establecimientos del SNIS:

a) Asegurar que se registre la fecha de última regla, en el expediente clínico, en toda atención a mujeres en edad fértil entre los 10 a 49 años.
b) Realizar en los primeros 10 días hábiles de cada mes la búsqueda activa de muertes ocurridas en mujeres de 10 a 49 años, que pudieran considerarse como sospecha de muerte materna según los diagnósticos establecidos vigentes en el SIMMOW.
c) Identificar, analizar e investigar las muertes ocurridas en su área geográfica de responsabilidad.
d) Integrar en el informe de evaluación, datos confiables y de calidad para la toma de decisiones.

Para realizar la búsqueda activa con la metodología RAMOS, los establecimientos del SNIS deberán realizar las siguientes actividades:

a) Cada establecimiento de salud debe llevar a cabo la búsqueda mensual de muertes de mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años en el SIMMOW, durante los primeros diez días hábiles de cada mes. En los hospitales, esta labor corresponde al estadístico, mientras que en el Primer Nivel de Atención es responsabilidad del epidemiólogo y estadístico del SIBASI, así como las direcciones de cada establecimiento de salud o su equivalente en el resto de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
b) A nivel hospitalario el estadístico entregará el listado al médico epidemiólogo y jefe de ginecología y obstetricia; en el Primer Nivel de Atención, el médico epidemiólogo de SIBASI o su equivalente en los demás establecimientos del SNIS, se encargará de asegurar que cada establecimiento de salud cuente con este listado, dejando constancia de la entrega del referido listado mediante firma de recibido. Anexo 2.
c) Al recibir el listado, los encargados de los establecimientos del SNIS deben revisar el expediente de los casos catalogados como "sospecha de muerte materna". Deberán completar la hoja filtro y ser firmada por el profesional encargado de la revisión. Esto permitirá determinar si se descarta o si se considera altamente sospechosa, es decir, confirmar o sospechar que la mujer estaba embarazada en el momento del fallecimiento. Anexo 3.
d) Las personas responsables de realizar el análisis de sospecha de muerte materna, de acuerdo al lugar de ocurrencia del evento serán:
    i. Hospital: epidemiólogo, estadístico y jefe de ginecología y obstetricia.
    ii. Muerte extrahospitalaria (unidad de salud y la comunidad): direcciones de unidad de salud, jefes de enfermería y supervisor de promotores.
e) Si se descarta la sospecha deberá notificarse a estadística del hospital o SIBASI, o su equivalente en los establecimientos del SNIS, para la actualización en SIMMOW, esto se realiza para proceder al cierre del caso.
f) Si se clasifica como altamente sospechosa, se deberá notificar al estadístico del hospital, SIBASI o su equivalente en el SNIS que digitó la muerte, para actualizar el estado como **altamente sospechosa** en el SIMMOW, en caso de una muerte hospitalaria catalogada como tal, se procederá a notificar al SIBASI correspondiente para realizar la entrevista.
g) El equipo regional, SIBASI y los niveles locales (unidades de salud y hospitales), deben coordinarse para realizar la entrevista familiar, a todos los casos catalogados como **altamente sospechosa** con el objetivo de descartar o confirmar muerte materna. Esta actividad se debe realizar 30 días posterior a la clasificación. Anexo 4.

h) Si se confirma la muerte materna durante la entrevista familiar, se debe realizar la autopsia verbal durante la misma visita. Anexo 5.
i) Posteriormente se procederá a elaborar el listado de muertes maternas confirmadas para su notificación y registro como muerte materna o descartada, se deberá notificar al estadístico del SIBASI, hospital o su equivalente en el SNIS según corresponda, para que actualice el estado. En caso se descarte la muerte materna, seleccionar en el SIMMOW la variable (NO), agregando la fecha de la investigación. Anexo 6.
j) Si se confirma la muerte la reclasificación del estado de muerte en el SIMMOW independientemente del lugar de ocurrencia será realizada únicamente por la DIMPYN y la Unidad de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud, considerando los resultados obtenidos en la investigación de la muerte materna.
k) Al confirmar un caso de muerte materna, se debe activar el comité de vigilancia de morbimortalidad materno infantil local y proceder al análisis de la muerte como se establece en los presentes lineamientos.

1.1.3 Búsqueda activa mortalidad perinatal, neonatal, infantil y niñez

Este proceso lo realiza todo proveedor al interior de los servicios salud con los usuarios que demandan la atención de los mismos o en las diferentes actividades extramurales que el establecimiento realiza, además otra estrategia para la búsqueda activa es la información que se obtenga a través de la red de informantes claves comunitarios (comités de salud, lideres comunitarios, alcaldías, dueños de funerarias, redes sociales) sobre toda muerte ocurrida en la última semana en su área de responsabilidad.

En caso de muerte por causa de enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica se procederá de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Dirección de epidemiología.

No se debe olvidar que los casos de muerte violenta, accidental o en los que se sospeche abuso, la jefatura de servicio o turno en hospitales o las direcciones de unidades de salud, según corresponda debe realizar el aviso a la autoridad competente, según normativa vigente.

2. Notificación de casos

Cada vez que ocurre una muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez, se deberán realizar las siguientes intervenciones:

Tabla 3. Tipo de intervención ante una muerte materna, perinatal, neonatal infantil y niñez

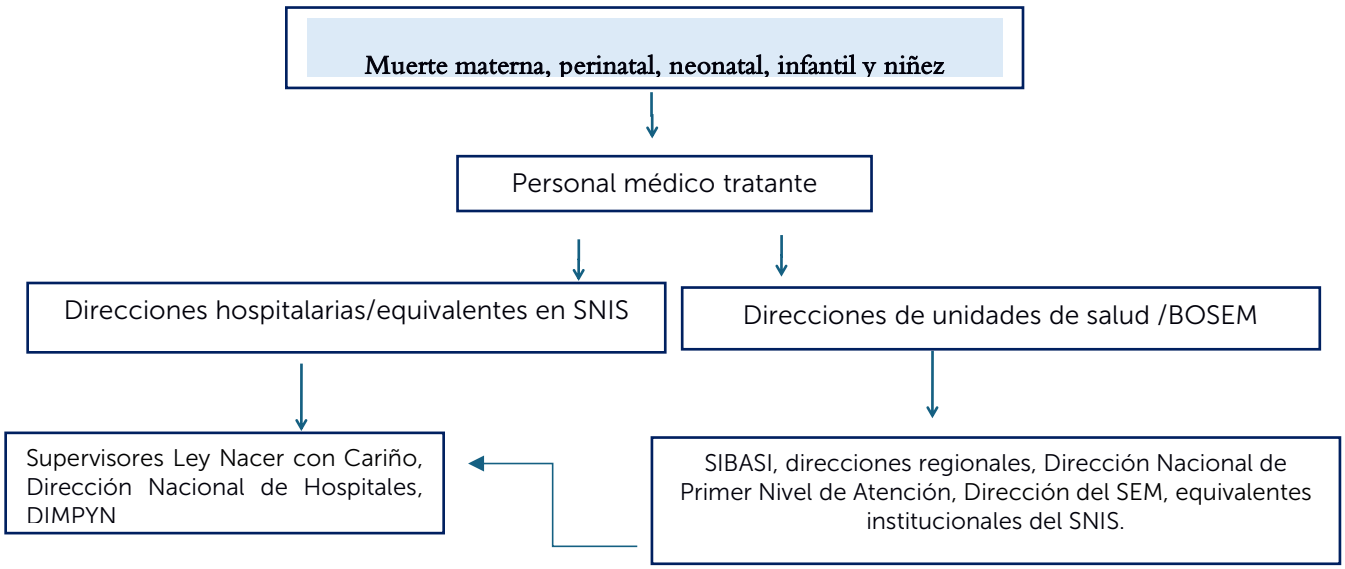
Tipo de intervención	Responsable	Temporalidad	Forma de notificación	A quien notificar
Aviso	Persona quién atiende el caso.	Inmediata a más tardar en las primeras 2 horas de ocurrido el evento.	Llamada telefónica, mensaje o correo electrónico institucional.	Direcciones de establecimiento de salud. Jefatura de Servicio o Jefatura de Turno, Supervisores Ley Nacer con Cariño, Dirección del SEM (en casos que fallecimiento sea durante el traslado), Región de Salud, SIBASI, DNH, DNPNA, DIMPYN.
Resumen preliminar	Jefatura de Servicio o personal Médico que brinda la atención.	8 horas posterior de ocurrido el evento.	Informe preliminar Mortalidad Anexos 7, 8, 9 Hoja de traslado del paciente vigente.	Direcciones de establecimientos de Salud. DSEM Supervisores Ley Nacer con Cariño DNPNA DNH DMPYN

Notificación	Jefatura de Servicio o personal Médico que brinda la atención.	A más tardar 24 horas de ocurrido el evento.	VIGEPES 01 SIMMOW En el resto de las instituciones que conforman el SNIS, deberán establecer la forma de notificación.	Epidemiología, ESDOMED Direcciones de establecimiento.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

El personal de salud del SNIS ante un caso de muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez, debe seguir el siguiente flujograma de notificación de acuerdo a lugar de ocurrencia: hospitalaria y extrahospitalaria (flujograma 1 y 2).

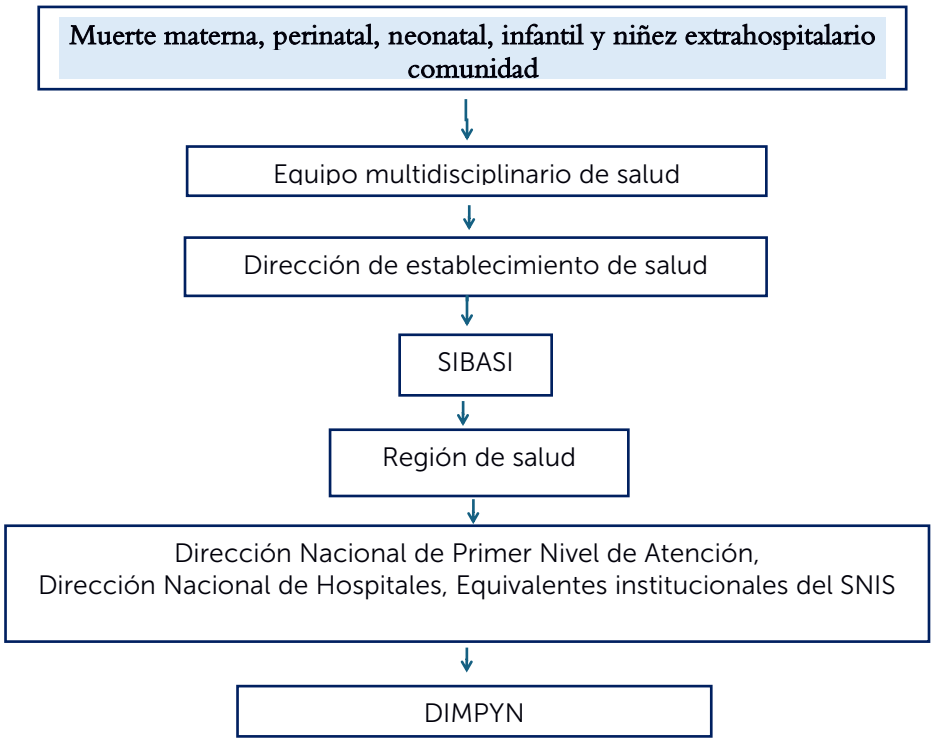
Flujograma 1. Notificación de caso muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

En caso de una muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez el personal médico tratante deberá notificar de acuerdo al nivel de atención, a la dirección de la unidad de salud, hospital o sus equivalentes en los niveles locales del SNIS y estos al SIBASI, región de salud ,Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, equivalentes institucionales del SNIS, Supervisores Ley Nacer con Cariño y DIMPYN, posteriormente enviarán el resumen preliminar en menos de 8 horas de ocurrido el evento. En caso que la muerte ocurra en ambulancia el personal médico tratante deberá notificar a su jefatura inmediata (BOSEM) quien deberá informar a la DSEM y enviar el informe de traslado según lo establecido en el Protocolo para el traslado de mujer embarazada, puérpera, recién nacido y niñez.

Flujograma 2. Notificación en caso de muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez a nivel extrahospitalario



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

En caso de una muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y de la niñez extrahospitalaria, el equipo multidisciplinario de salud deberá notificar a la dirección del establecimiento, quien de manera inmediata debe avisar a la coordinación del SIBASI quién notificará a la dirección regional de salud, quien notifica a DNPNA, DNH y estos a DIMPYN.

En caso de una muerte materna,perinatal, neonatal, infantil y de la niñez comunitaria, se debe dar aviso a la Fiscalía General de la República para su certificación.

3. Registro de casos

En los casos de muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y de la niñez, el estadístico o responsable de la información del establecimiento de salud, debe digitar la muerte materna y de la niñez, utilizando el formulario de notificación de enfermedades objeto de vigilancia (VIGEPES 01) el cual, debe llevar visto bueno de jefaturas de servicio o direcciones en el caso de muertes hospitalarias.

En toda muerte hospitalaria los formularios a completar por el personal médico tratante son los siguientes:

a) Hoja de ingreso y egreso hospitalario.
b) Formulario de notificación de enfermedades objeto de vigilancia, (VIGEPES 01).
c) Certificado de defunción establecido en la *Norma técnica de hechos vitales*, vigente en los casos de muerte materna.

d) En caso de mortinatos llenar *Certificado de Nacido Muerto*, establecido en la *Norma técnica de hechos vitales,* vigente.
e) Para los casos donde existan malformaciones congénitas se deberá llenar Hoja de Registro y Vigilancia de Malformaciones Congénitas. Anexo 10.
f) Para los recién nacidos menores de 500 gramos y en los casos en los que existe el deseo expreso de la madre o padre para realizar el acto fúnebre, se deberá llenar consentimiento informado y proceder de acuerdo a lo establecido en la *Norma técnica de hechos vitales,* vigente.

Posterior a la ocurrencia de una defunción materna, perinatal, infantil y de la niñez, en los hospitales del SNIS, se debe digitar en el módulo de atención hospitalaria del sistema de morbimortalidad (SIMMOW) y VIGEPES.

Cuando el análisis de una muerte materna determine que la causa básica es diferente a la registrada, la DIMPYN debe coordinar con la Unidad de Estadística e Información en Salud su reclasificación, aplica para todos los establecimientos del SNIS.

Cuando el análisis de una muerte de la niñez determine que la causa básica es diferente a la registrada, estadística regional con apoyo del referente infantil, debe coordinar con la Unidad de Estadística e Información en Salud su reclasificación y notificar a la Unidad de la Niñez, esto aplica para todos los establecimientos del SNIS.

En caso de muerte extrahospitalaria, el médico del establecimiento de salud que atienda o informe de la defunción, debe orientar a la familia y realizar lo siguiente:
a) Dar aviso a la Fiscalía General de la República para que se notifique a Medicina Legal para la investigación y certificación.
b) En caso de recibir el paciente ya fallecido en hospitales se debe llenar el *Formulario de Muerte Extrahospitalaria*, como lo establece los *Lineamientos técnicos para realizar el Triage en Hospitales de la red*, vigentes.
c) Posteriormente a que Medicina Legal certifique que se trata de una muerte materna o muerte de la niñez, el personal del establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención la registrará en el libro de mortalidad del establecimiento y digitará en el SIMMOW, en un máximo de 15 días, posterior a la defunción, en caso de no ser posible el registro en el tiempo estipulado, deberá ser notificado a la DNPNA, siguiendo el flujo establecido para su respectiva justificación.

Toda defunción materna, perinatal, infantil y de la niñez debe ser codificada utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la salud (CIE) vigente.

4. Investigación de casos

En toda muerte materna y de la niñez, sea hospitalaria o extra hospitalaria, el personal del SNIS debe realizar una investigación con el fin de determinar la causa básica y los factores contribuyentes a la defunción, con el propósito de elaborar un plan de acción e implementar intervenciones que prevengan la ocurrencia de futuros casos. La metodología a utilizar en una investigación es la siguiente:
a) **Revisión documental del caso:** metodología que permite un análisis sistemático, cronológico y objetivo de toda la información vinculada al caso y que brinda información sobre la calidad de atención medica recibida, en un tiempo determinado, en los diferentes niveles y redes de atención, haciendo énfasis en las atenciones que desencadenaron la muerte.
b) **Entrevistas individuales**: se deberán realizar al personal involucrado en el proceso de atención de dicha muerte, dichas entrevistas se realizan posterior a la investigación documental, principalmente cuando se tiene alguna duda en la revisión previa, en general es realizada por

la jefatura inmediata superior de dicho recurso o la persona delegada por el comité para su realización.

c) **Autopsia verbal**: metodología a través de la cual se reconstruye la historia de la persona durante el proceso de enfermedad, atención y muerte. El responsable de realizarla será el equipo multidisciplinario de la unidad de salud con participación de un representante del hospital de la red que corresponda según el caso, la cual debe realizarse a partir del décimo día de ocurrida la defunción.

d) **Autopsia clínica:** procedimiento anatomopatológico por medio del cual se obtiene, la evidencia que justifica la muerte de una persona. En caso de que ocurra una muerte, en hospital no habilitado para este procedimiento, se debe solicitar la práctica de autopsia a los hospitales que cuenten con Departamento de Anatomía Patológica y que la realicen, de acuerdo a lo establecido en la *Norma técnica de anatomía patológica*, vigente.

5. Análisis de la información y plan de acción

5.1. Análisis de muerte materna, perinatal, neonatal, infantil y de la niñez

Ante un caso de muerte materna y de la niñez, la dirección del establecimiento donde ocurrió el evento deberá activar al comité de vigilancia de morbimortalidad local de forma inmediata en las primeras 24 horas, posterior al conocimiento de dicha muerte, el comité deberá realizar una revisión preliminar de tipo documental, tomando en cuenta el expediente clínico y los reportes comunitarios con los que cuenten los establecimientos de salud. Flujograma 3.

Posteriormente se realizará el análisis preliminar en red en un periodo no mayor a 15 días posterior a la defunción.

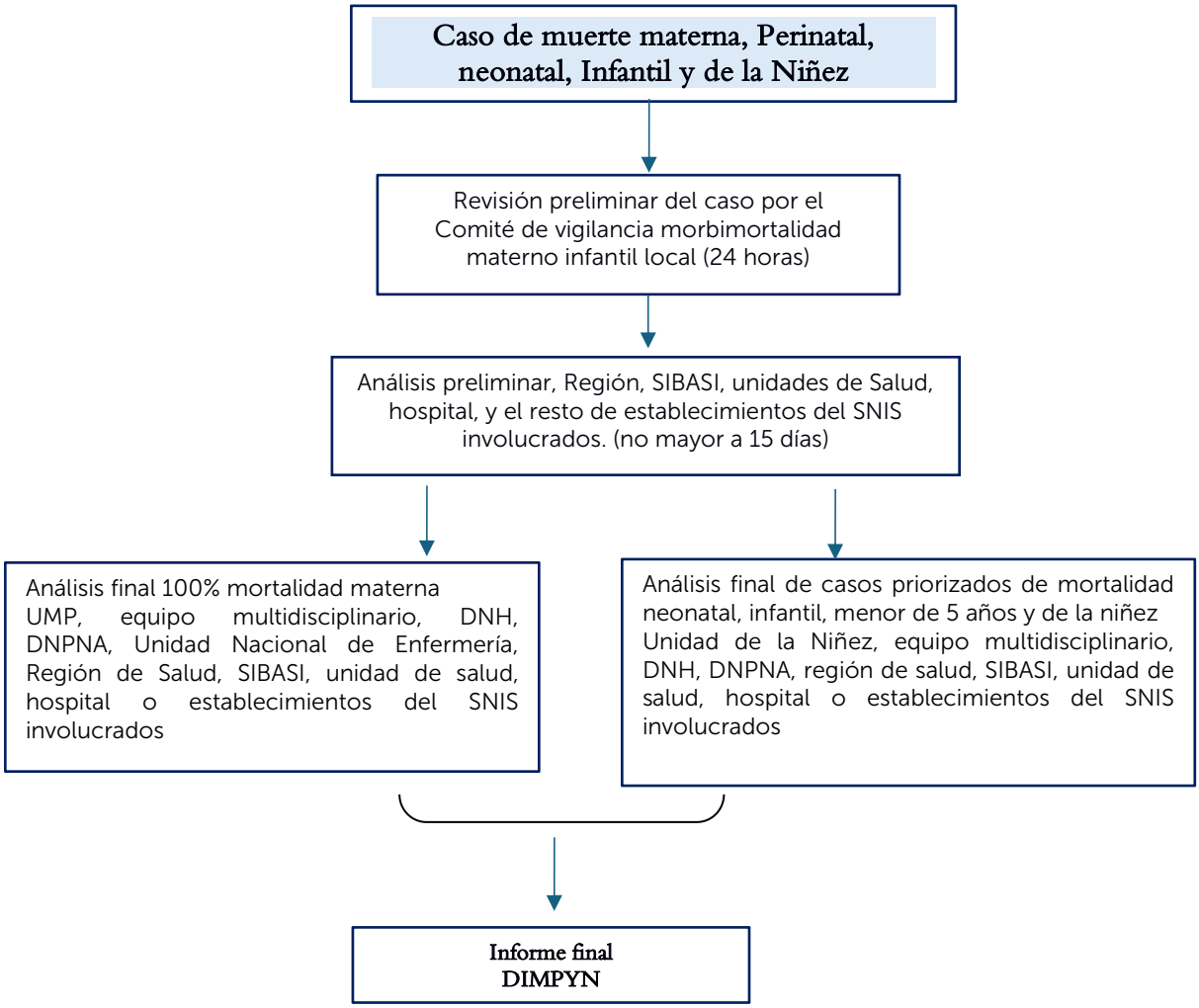
El análisis final del 100% de las muertes maternas se realizará a nivel nacional bajo la coordinación de la Unidad Materno Perinatal, con la participación de un equipo multidisciplinario, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Unidad Nacional de Enfermería, regiones de salud, SIBASI, unidades de salud y hospitales involucrados. En el caso de otros establecimientos del SNIS involucrados, estos participarán en el análisis preliminar y final. La Unidad Materno Perinatal deberá convocar a dicho análisis en un tiempo máximo de 30 días.

En el caso de mortalidad perinatal, neonatal, infantil y de la niñez, el análisis final que se realizará a nivel nacional según priorización de casos prevenibles y de enfermedades priorizadas, estará a cargo de la Unidad Materno Perinatal y Unidad de la Niñez, dicho análisis se realizará con la participación de los siguientes actores: Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, Unidad Nacional de Enfermería, regiones de salud, SIBASI, unidades de salud y hospitales involucrados. En el caso de otros establecimientos del SNIS involucrados estos participarán en el análisis preliminar y final.

En los casos que según priorización no se auditen a nivel nacional, se debe realizar el análisis e informe final regional y enviar el informe a la Unidad de la Niñez, en un periodo máximo de 60 días.

Las direcciones regionales de salud y hospitales deben realizar el informe final y garantizar el envio a la DIMPYN, DNH, DNPNA, junto a los planes de acción, en los siguientes 5 días posteriores al análisis final, para ser derivada a la Unidad Materno Perinatal en el caso de las muertes maternas y perinatales y a la Unidad de la Niñez las muertes neonatales, infantiles y de la niñez.

Flujograma 3. Análisis de casos de mortalidad materna, perinatal, neonatal, infantil y niñez



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.2 Responsabilidades en los análisis de caso

5.2.1. Dirección Integral Materno perinatal y niñez

Tabla 4. Integrantes y responsabilidades de la DIMPYN

Integrantes	Responsabilidades
1.Unidad Materno Perinatal	1. Convocar al equipo multidisciplinario del SNIS en los casos que sea requerido su participación en los análisis de muertes maternas y morbilidades maternas extremadamente graves (MMEG). 2. Coordinar y dirigir los análisis. 3. Elaborar el informe final a la Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez. 4. Dar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora en coordinación con la DNH, la DNPNA y resto de establecimiento del SNIS involucrados.

2.Unidad de la Niñez	1. Priorizar los análisis de casos por región. 2. Acompañar a las convocatorias del equipo multidisciplinario del SNIS de acuerdo a programación mensual de los casos. 3. Asistencia técnica en la elaboración del informe final. 4. Dar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora en coordinación con la DNH, la DNPNA y resto de establecimiento del SNIS involucrados. 5. Entregar informe final a la Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

En los casos que se presenten enfermedades de vigilancia e interés Epidemiológico la DIMPYN convocará a la Dirección de Epidemiología u otras dependencias necesarias.

5.2.2 Responsabilidades DNH, DNPNA Y UNE

Tabla 5. Integrantes y responsabilidades de DNH, DNPNA Y UNE

Integrantes	Responsabilidades
1. Referente materno e infantil de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención. 2. Referente materno e infantil de la Dirección Nacional de Hospitales.	1. Facilitar la entrega de la presentación del caso 3 días antes de la jornada de análisis final a la Unidad Materno Perinatal y Unidad de la Niñez, de acuerdo al caso a analizar. 2. Brindar el seguimiento al cumplimiento de planes de mejora resultado del análisis del caso. 3. Participar en los análisis de casos. 4. Sugerir acciones técnicas y administrativas a los establecimientos de salud. 5. Consolidar el informe final de los establecimientos del SNIS en conjunto con sus planes de mejora para ser enviados a: DNPNA, DNH y a la DIMPYN para ser derivadas a la Unidad Materno Perinatal y la Unidad de la Niñez.
3. Referente de la Unidad Nacional de Enfermería.	1. Brindar el seguimiento al cumplimiento de planes de mejora resultado del análisis del caso. 2. Participar en los análisis de casos. 6. Sugerir acciones técnicas y administrativas a los establecimientos de salud. 3. Brindar asistencia técnica.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.2.3 Región, SIBASI, hospitales, unidad de salud, establecimiento del SNIS

Tabla 6. Integrantes y responsabilidades del equipo multidisciplinario

Integrantes	Responsabilidades
1. Dirección hospitalaria 2. Dirección regional 3. Referente medico materno regional y SIBASI 4. Referente medico infantil regional y SIBASI. 5. Coordinaciones de SIBASI 6. Direcciones de unidades de	1. Las direcciones de hospitales deben garantizar el análisis preliminar en las primeras 24 horas de ocurrida la mortalidad materna y 72 horas para la mortalidad de la niñez. 2. Los referentes regionales maternos e infantiles deberán coordinar con los hospitales y convocar a través de la dirección regional el análisis de los casos previo a la auditoria a nivel nacional. 3. Los referentes regionales maternos e infantiles valorarán la pertinencia de la participación de los recursos de establecimientos

salud 7. Jefaturas de enfermería Hospitalaria 8. Jefatura de enfermería de Región 9. Jefaturas de enfermería de SIBASI 10. Jefatura de enfermería de unidad de salud 11. Jefatura de departamento de ginecología y obstetricia 12. Jefatura de Unidad Nacer con Cariño 13. Jefatura de servicio de pediatría 14. Jefatura de servicio de neonatologia 15. Médico especialista en medicina interna 16. Cirujano 17. Anestesiólogo 18. Promotor de salud 19. Representantes del SNIS 20. Otros recursos según fuera necesario	del SNIS en los análisis preliminares, esto dependerá del tipo de caso que se revisara. 4. Enviar la presentación consolidada del caso, 3 días previos al análisis, al referente materno de la DNH y DNPNA, según formato estandarizado. 5. Los establecimientos del SNIS deben elaborar un plan de mejora y presentarlo en el análisis del caso. 6. El referente materno e infantil regional es el responsable de elaborar el informe final del análisis de casos y consolidar los planes de mejora de todos los establecimientos que participaron en el análisis, para ser enviados al referente de DNPNA y DNH quienes enviarán finalmente a la DNH, DNPNA y DIMPYN.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.3. Análisis de mortalidad

5.3.1 Muerte materna y de la niñez

Ante una muerte materna y de la niñez posterior a la notificación a las direcciones correspondientes, se activará el comité de morbimortalidad local en todos los niveles de atención del SNIS, quienes deben cumplir lo siguiente:

a) Análisis del 100% de las muertes maternas y de la niñez registradas en su área de responsabilidad.
b) El comité de vigilancia de morbimortalidad del establecimiento de salud y SIBASI deberá realizar la revisión preliminar en las primeras 24 horas en el caso de muertes maternas y 72 horas en el caso de muertes de la niñez.
c) Elaborar acta en cada auditoria de caso con su respectivo plan de mejora. Anexo 13.
d) Realizar la autopsia verbal 10 días posterior al evento de la mortalidad. Anexo 5, 11 y 12.
e) El análisis en red debe realizarse posterior a la autopsia verbal.
f) El comité regional determinará la fecha de la jornada de análisis en red.

Periodicidad de entrega de informes:

Tabla 7. Ruta de actividades administrativas ante un evento de muerte o morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez

Actividad	Tiempo	Responsable	Enviar a
Informe inmediato	2 horas	Personal médico tratante de: hospitales / unidad de salud/SEM/ establecimiento SNIS	Jefatura inmediata, SIBASI, región, DNPNA, DNH, DIMPYN, Supervisores Ley Nacer con Cariño, BOSEM
Resumen preliminar (Anexos No 7-8-9 según corresponda)	8 horas	Hospitales Establecimientos del SNIS	DNH, DIMPYN, Supervisores Ley Nacer con Cariño
Revisión preliminar local. (Anexos 14 y 16 según	24 horas hábiles (evento materno) 72 horas hábiles	Hospitales Unidades de salud Establecimiento SNIS	DNH, DIMPYN y direcciones regionales,

corresponda)	(evento Infantil)		
Autopsia verbal	10 días posterior a la muerte	Unidad de salud/hospitales	
Análisis en red	2-3 días hábiles posterior a la autopsia verbal.	Dirección regional de salud /SIBASI /hospitales /establecimientos del SNIS.	
Informe del análisis en red y planes de mejora	5 días hábiles posterior a la realización del análisis en red.	Referentes maternos e infantiles de los establecimientos que participaron en el análisis. Representantes del SNIS	DNPNA, DNH, DIMPYN
Revisión y análisis Final del caso	De acuerdo a programación por la DIMPYN y dirección regional de salud correspondiente.	DIMPYN y dirección regional de salud correspondiente	DNPNA, DNH, UNE, dirección regional de salud correspondiente.
Informe final (Anexos No 15 y 17 según corresponda)	5 días hábiles posterior a la realización del análisis	Los referentes maternos e infantiles de los establecimientos del SNIS que participaron en el análisis son los responsables de enviar el informe final al Referente materno e infantil Regional para su consolidación.	Referente materno e infantil de la DNPNA y DNH para enviar informe consolidado a la DNH, DNPNA y a la DIMPYN.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.3.2 Análisis de muertes fetales

Las muertes fetales que deben ser analizadas en todos los niveles de atención son las siguientes:

a) Muertes fetales desde las 37 semanas de gestación en adelante, sin malformaciones congénitas incompatibles con la vida, salvo en casos en los que se justifique el análisis debido a malformaciones congénitas secundarias a condiciones o patologías maternas.
b) Hijos de madres con factores riesgo de muerte fetal, sin malformaciones congénitas compatibles con la vida.
c) Los hospitales regionales y de tercer nivel de atención realizarán análisis del 20% de la mortalidad fetal con criterios descritos en los literales a y b.

5.3.3 Análisis de muertes neonatales, infantiles y de la niñez

Para el análisis de las muertes neonatales, infantiles y de la niñez se debe realizar informe, según lo siguiente:

a) **Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención:** debe analizar el 100% de la mortalidad, independientemente de su causalidad.
b) **SIBASI:** debe monitorizar el 100% de los informes de los análisis locales y analizar el 75 % de la mortalidad con causa básica prevenible, teniendo en cuenta los diagnósticos priorizados como son: asfixia neonatal, síndrome de aspiración de meconio, sepsis, prematuridad, neumonía, diarreas, desnutrición y otras de interés epidemiológico, analizadas en las unidades de salud bajo su responsabilidad, debiendo incluir el 100% de muertes comunitarias. En el caso de muertes hospitalarias se deben analizar de la siguiente forma:

Tabla 8. Priorización diagnóstica para el análisis de muertes hospitalarias neonatales, infantiles y de la niñez

Diagnóstico	Porcentaje
Asfixia	100%
Síndrome de aspiración de meconio	100%
Neumonía	50%
Diarrea	50%
Desnutrición	25%
Sepsis neonatal temprana	25%
Prematuridad (28 -34 semanas)	25%
Enfermedades de interés epidemiológico (6 a 11 años y 365 días)	*

*En el caso de enfermedades de interés epidemiológico dependerá de la situación epidemiológica, según normativa vigente.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

c) **Direcciones regionales de salud:** debe analizar el 50% de la mortalidad mensual analizada en los SIBASI bajo su responsabilidad, de la siguiente forma, la mitad de los casos de procedencia comunitaria y la otra mitad de procedencia hospitalaria. En caso de no existir mortalidad comunitaria, se deben analizar solo causas hospitalarias.

d) **Nivel Superior:** La DIMPYN, a través de la Unidad de la Niñez serán responsables de priorizar el 20 % de casos de la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez, que serán analizadas de manera conjunta a nivel regional. A esta jornada de análisis la DNH, DNPNA y la UNE brindarán acompañamiento.

5.4 Autopsia verbal

- ✓ Es una estrategia documentada de Vigilancia Epidemiológica, para la investigación de mortalidad Materna y Niñez, la cual constituye una oportunidad única para incorporar la opinión de la familia sobre el acceso y calidad de servicios de salud, como un esfuerzo para transformarlos y mejorarlos.
- ✓ El personal de salud deberá llenar en los casos de autopsia verbal materna el formato ya establecido en el presente lineamiento. (Anexo 5).
- ✓ Para las autopsias perinatales y neonatales anexo 11 y de las infantiles y niñez (Anexo 12).
- ✓ Consiste en la elaboración de una entrevista realizada por personal de salud multidisciplinario, a un familiar cercano de la muerte materna o niñez, dicha entrevista se realiza respetando el periodo de duelo de la familia por lo que no puede realizarse en un periodo menor de los 10 días.

5.4.1 Metodología:

Se resumen en 2 pasos esenciales:

- Fase de preparación.
- Fase de entrevista.

Fase preparación

Lo primero que se tiene que realizar es la conformación de equipo que va realizar la autopsia verbal, tomando en cuenta:

a) El equipo debe estar conformado por 3 personas, máximo 4, se deberá tomar en cuenta el acompañamiento de personal de hospitales y del SNIS, que no haya participado en el proceso de atención directa.

b) En el caso de necesitar un guía para la ubicación se deberá coordinar con los líderes comunitarios.

c) La dirección de la unidad de salud deberá coordinar previamente la visita con la familia del fallecido, para realizar la autopsia.

d) La dirección de la unidad de salud, establecerá los principales roles del personal que realiza la visita: entrevistador, encargado de llenar el formulario de autopsia y acompañantes

(personal de hospitales y del SNIS).

e) El equipo previo la visita debe revisar la información documental: expediente clínico, visitas domiciliares o informes hospitalarios.
f) El entrevistador y el equipo debe iniciar la entrevista presentándose con su nombre, explicar los objetivos de la visita, dirigirse de forma respetuosa, empática, presentando las condolencias y no influir en las respuestas de los familiares.
g) El entrevistador debe indagar sobre todo el proceso de atención recibido y solicitar documentación: historia clínica perinatal, ultrasonografía, atenciones por médico privado, recetas, entre otros.

Fase entrevista

El entrevistador conducirá esta fase, las otras 2 o 3 personas se dedicarán a tomar nota de lo más relevante que el entrevistado o la entrevistada dicen, a describir el lenguaje no verbal que él o ella o su familia realiza, lo cual es un punto de suma importancia al realizar el análisis de dicha entrevista, no se debe de sobre pasar los 45 minutos para realizar la entrevista.

Lo primero al iniciar la entrevista es generar un ambiente de confianza con el entrevistado, es importante hacer sentir que el personal de salud está interesado en conocer con precisión lo que ocurrió y que respeta, sin hacer comentarios o juzgar sus apreciaciones sobre la atención en salud. El formulario a utilizar en general consta de 2 secciones:

a) Sección de preguntas cerradas: Preguntas en su mayoría clínicas que corroboran lo que se tienen en la historia clínica.
b) Sección de preguntas abiertas: donde el entrevistado habla libremente sin interrupciones pudiendo expresar sentimientos, percepciones y emociones

5.4.2 Metodología "Diario de Campo"

Es importante tener en cuenta el diario de campo, este es un recurso de investigación cualitativa que consiste en ir haciendo anotaciones de observaciones o datos que no están en el formulario, pero que son importante en el momento de contextualizar la entrevista y facilitar la lectura, la interpretación y el análisis de datos.

a) Se pueden tomar notas relacionadas con el clima, el acceso a la vivienda, las condiciones, las sensaciones percibidas, observaciones del entorno geográfico, ambiental o familiar que sean importantes, también se puede describir situaciones que se presentaron en el momento de la entrevista y que pueden afectar la información suministrada, o gestos o expresiones no verbales del entrevistado.
b) Si el entrevistado se aleja mucho en su respuesta de la pregunta formulada se debe centrar nuevamente con frases como" Usted, me dijo que", "volvamos a lo que usted, me estaba contando sobre"
c) Si la persona se altera o angustia, se debe suspender la entrevista y concertar otro espacio o la posibilidad de entrevistar a otro familiar.
d) Si se piensa que el entrevistado está ocultando información, se debe buscar otro familiar para corroborar datos.
e) Prohibido realizar grabaciones audiovisuales durante el proceso de la entrevista.
f) Una vez realizada la entrevista se debe hacer su transcripción en forma fidedigna, tratando de dejar la constancia de los silencios, expresiones no verbales y demás observaciones en el caso de que el entrevistado se tome su tiempo contando historias que no son afines con el objetivo de la entrevista, esto debe omitirse en la transcripción.

5.5 Comités de análisis de morbilidad extrema y mortalidad materno perinatal y de la niñez, por niveles de atención del SNIS

5.5.1 Comité regional

Tabla.9 Integrantes y responsabilidades

Integrantes	Responsabilidades
1. Dirección regional 2. División de provisión de servicios de salud 3. Epidemiología regional. 4. Referente materno 5. Referente infantil 6. Supervisor de enfermería regional. 7. Estadística regional. 8. Supervisor especifico regional de salud comunitaria. 9. Direcciones de los hospitales de la red 10. Referentes maternos hospitalario 11. Referente infantil hospitalario 12. Jefatura de enfermería de los hospitales. 13. Representantes del SNIS de la región. 14. Otras personas que se consideren necesarios de carácter temporal o permanente.	1. Coordinar el análisis de las muertes maternas y de la niñez, hospitalarias y extrahospitalarias. 2. Coordinar la participación de otros miembros del SNIS, cuando el caso seleccionado lo amerite 3. Dar seguimiento y verificar la actualización de la causa básica de muerte pos análisis en el sistema de información. (SIMMOW) 4. Dar apoyo técnico y seguimiento a recomendaciones hechas a los comités de vigilancia de morbimortalidad locales (SIBASI, unidades de salud). 5. Realizar jornadas de evaluación mensual en sala situacional materna y niñez siendo coordinada por el referente materno e infantil de la región. 6. Promover y favorecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en apoyo a la vigilancia de la morbimortalidad, a través de la Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (VECO) 7. Transferencia de conocimientos al personal de salud en apoyo a la vigilancia de la morbimortalidad materna y niñez. 8. Sistematizar en actas las reuniones y acuerdos emitidos por los profesionales responsables del caso. Anexo 13. 9. El informe deberá ser resguardado por el coordinador del comité o su delegado, con correlativo anual. 10. Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad de cada profesional. 11. Apoyar la gestión de los insumos necesarios para el cumplimiento de las recomendaciones e intervenciones de los comités locales. 12. Los referentes maternos e infantiles regionales son los responsables de consolidar la presentación estandarizada para el análisis de los casos como SNIS. 13. Los referentes maternos e infantiles de región son los responsables de enviar informe final consolidado al referente materno e infantil de DNPNA y DNH . Anexos 15 y 17

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.5.2 Comité SIBAS

Tabla 10. Integrantes y responsabilidades

Integrantes	Responsabilidades
1. Coordinaciones de SIBASI 2. Personal de enfermería materno infantil. 3. Referente de Gestión de la provisión de servicios 4. Referentes médicos maternos e infantiles. 5. Epidemiología 6. Estadística	1. Revisar mensualmente la base de datos de muertes de mujeres, de 10 a 49 años en el SIMMOW. 2. Dar seguimiento a la búsqueda activa de casos de muerte materna 3. Vigilar que el equipo responsable de los establecimientos de salud de su área, realice las autopsias verbales tanto de muertes maternas como neonatales, infantiles y de la niñez. 4. Realizar el análisis del 100% de las muertes maternas y de los casos de muertes neonatales, infantiles y niñez priorizados. 5. Revisar los informes de análisis de casos de muerte materna, neonatales, infantiles y de la niñez, elaborados por las unidades de salud, bajo su responsabilidad. 6. Analizar las morbilidades maternas extremadamente graves (MMEG)

7. Supervisor específico de salud comunitaria 8. Representante del SNIS. 9. Otros que se considere conveniente, de acuerdo con la probable causa de muerte	que se presentan así como las infantiles priorizadas. 7. Los referentes materno e infantil deben participar mensualmente en la sala situacional convocada a nivel regional. 8. Promover y favorecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en apoyo a la vigilancia de la morbimortalidad a través de la VECO. 9. Transferencia de conocimientos al personal de salud en apoyo a la vigilancia de la morbimortalidad materna y niñez. 10. Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad para cada profesional. 11. Sistematizar reuniones y acuerdos emitidos por los profesionales responsables del caso en mención en actas y asignar correlativo anual. Anexos 13. 12. El informe deberá ser resguardado por el coordinador del comité o su delegado. 13. Desarrollar otras acciones relacionadas a la atención materna y de la niñez en los diferentes componentes. (supervisión y monitoreo). 14. Enviar el informe final del caso sea materno o infantil a los referentes materno o infantil regional correspondiente. Anexo 15 y 17 15. Realización y análisis mensual de sala situacional materna infantil, a nivel de SIBASI

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.5.3 Comité hospitalario

Tabla 11. Integrantes y responsabilidades

Integrantes	Responsabilidades
1. Dirección H 2. hospitalaria o su delegado. * 3. Jefatura de la división médica 4. Jefatura de enfermería 5. Epidemiología 6. Referente médico materno hospitalario. 7. Referente médico infantil hospitalario. 8. Jefatura de enfermería de ginecología y obstetricia 9. Jefatura de enfermería de nacer con cariño. 10. Jefatura de enfermería de pediatría 11. Jefatura de enfermería de neonatología 12. Jefatura de ESDOMED 13. Coordinación de la Unidad organizativa de calidad (UOC) 14. Otros que la dirección estime convenientes	1. Dar seguimiento a la búsqueda intencionada (vigilancia activa) de casos sospechosos de muerte materna 2. Aplicación de hoja filtro en casos sospechosos de muerte materna del listado proporcionado por el área de estadística y epidemiología local. 3. Realizar el análisis del 100% de muertes maternas y de los casos de muertes neonatales, infantiles y niñez priorizados. 4. Coordinar con el SIBASI la realización de las autopsias verbales de muertes maternas y niñez priorizados. 5. Realizar la vigilancia de las anomalías congénitas, desarrollado en apartado de sistema de vigilancia de anomalías congénitas. 6. Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad para cada profesional. 7. Sistematizar en actas reuniones y acuerdos emitidos por los profesionales responsables del caso en mención. Dichas actas deben llevar correlativo anual. Anexo 13. 8. Enviar informe posterior al análisis local de cada muerte y morbilidad extremadamente grave a la dirección regional, DNH, DIMPYN y equipo de supervisoras de Ley Nacer con Cariño. Anexo 14 y 16. El informe deberá ser resguardado junto a su acta por el coordinador del comité hospitalario o su delegado. 9. Transferencia de conocimientos al personal de salud en apoyo a la vigilancia de la morbimortalidad materna y niñez. 10. Participar en las jornadas de análisis de casos convocados a nivel regional y nacional, en esta última deberán enviar informe final al referente materno e infantil regional para su consolidación. Anexo

	15 y 17 según corresponda. 11. Realización y análisis mensual de sala situacional materna y niñez local. 12. Desarrollar otras acciones relacionadas a la atención materna y de la niñez en los diferentes componentes. (supervisión y monitoreo). 13. El referente materno e infantil deberán participar en las salas situacionales regionales.

***El delegado de la dirección debe ser nombrado mediante acuerdo.**

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

5.5.4 Comité unidad de salud

Tabla 12. Integrantes y responsabilidades

Integrantes	Responsabilidades
1. Direcciones de las unidades de salud 2. Jefatura de enfermería 3. Supervisor específico de promotores de salud. 4. Estadístico o responsable de la información. 5. Integrar al comité ginecólogo y pediatra, en las unidades de salud intermedias y especializadas según capacidad instalada. 6. Otros que la dirección estime convenientes.	1. Investigar y analizar el 100 % los casos de muertes maternas, fetales, infantiles y de la niñez priorizados, así como de la morbilidad extrema materna y de la niñez. 2. Aplicación de hoja filtro en casos sospechosos de muerte materna del listado proporcionado por el SIBASI (Anexo 3). 3. Notificación inmediata al SIBASI de los casos de muerte materna, fetal, infantil y de la niñez, ocurridas en su área de responsabilidad 4. Realizar autopsia verbal en el 100% de los casos de muerte materna, y de la niñez priorizados. 5. Asegurar la existencia del registro actualizado de todas las muertes, en el libro de registro de la mortalidad, según lo establecido en la Norma técnica de hechos vitales vigente 6. Promover y favorecer la participación de la comunidad en la búsqueda activa de casos de muerte, a través de los informantes claves en la comunidad. 7. Documentar en actas las reuniones del comité y asignar correlativo anual. Anexo 13 . 8. Realizar actividades de educación médica continúa relacionadas con la prevención de la morbimortalidad dirigida al personal de salud, alcaldías y líderes comunitarios. 9. Capacitar a líderes comunitarios en la vigilancia de la morbimortalidad materna y de la niñez. 10. Realizar coordinación intersectorial e interinstitucional para fortalecer la vigilancia epidemiológica. 11. Desarrollar otras acciones relacionadas a la atención materna y de la niñez en los diferentes componentes (monitoreo y supervisión). 12. Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad para cada profesional. 13. Realización y análisis mensual de sala situacional materna y niñez.

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

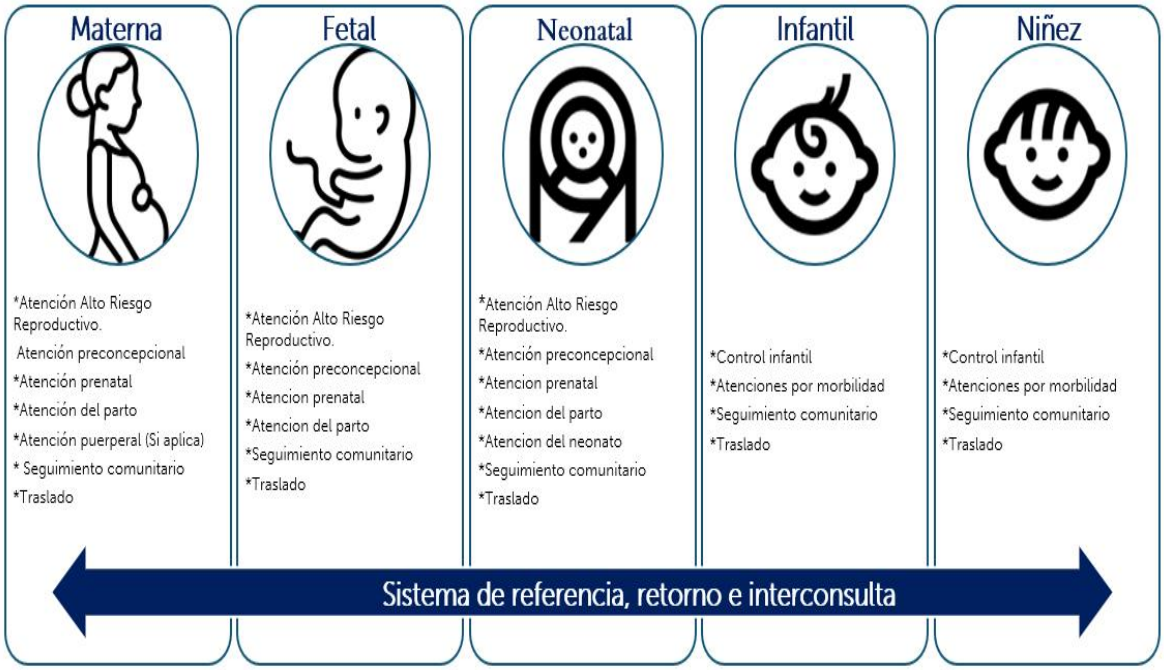
5.6 Eslabones críticos para el análisis de la morbilidad y mortalidad materna, fetales, neonatales, infantiles y de la niñez en el SNIS

Metodología para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención, aplicada al Sistema de Vigilancia de la Salud Materno Perinatal, para el estudio de la morbilidad y mortalidad, que permite identificar situaciones puntuales de acierto o fallo en la atención brindada a las mujeres y niñez.

La metodología de eslabones críticos, se describe a continuación:

a) Clasificar en rojo: identificación del momento de la falla en el proceso de atención que llevó al resultado final. Su presencia nos indica que las acciones de mejora tienen que ser implementadas de forma inmediata. El eslabón rojo podría ubicarse en cualquier momento del proceso de atención.
b) Clasificar en amarillo: significa que la intervención debe realizarse a corto plazo.
c) Clasificar en verde: significa que no hay ninguna complicación o falla en la atención.

Figura No 1. Eslabones críticos de morbilidad y mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil y de niñez



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

Tabla 13. Registro de eslabones críticos de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal

Eslabones	Atenciones preventivas			Atenciones del evento de evento critico		
	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Amarillo	Verde
Comunitario						
Atención de alto riesgo reproductivo						
Atención preconcepcional						
Control prenatal						
Atenciones por morbilidad						
Atención del parto						
Atención inmediata del recién nacido						
Puerperio						
Referencia, retorno e interconsulta						
Traslado						
Atenciones hospital segundo nivel						
Atención hospital de tercer nivel.						

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

Tabla 14. Registro de eslabones críticos de morbilidad y mortalidad infantil y niñez

Eslabones	Atenciones preventivas			Atenciones del evento de evento critico		
	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Amarillo	Verde
Comunitario						
Control infantil						
Atenciones por morbilidad						
Referencia, retorno e interconsulta						
Traslado						
Atenciones hospital de segundo nivel						
Atención hospital de tercer nivel.						

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

En el informe final se deberá evaluar los eslabones críticos en los diferentes niveles y procesos de atención, tanto en las atenciones preventivas así como durante el evento crítico.

5.6.1 Desarrollo de las jornadas de análisis de casos

En toda mortalidad y morbilidad extremadamente grave materna y de la niñez, sea hospitalaria o extrahospitalaria, el personal del SNIS debe realizar un análisis con el fin de determinar la causa básica y los factores contribuyentes a la defunción, con el propósito de elaborar planes de acción individualizado e implementar intervenciones que prevengan la ocurrencia de futuras muertes por las mismas causas.

La metodología para el análisis de la mortalidad materna y de la niñez es la siguiente:

a) Revisar toda la información relativa al caso a través del expediente ya sea formato fisico o digital, debidamente foliado según norma técnica de expediente clinico vigente, autopsia verbal (nivel local), resumen del caso de otro establecimiento involucrado (si hubiere), entre otros.
b) Realizar un análisis longitudinal: fecha y hora del proceso de atención de la usuaria en el establecimiento.
c) Determinar causa básica, antecedentes y causa final de muerte, para luego codificar la muerte de acuerdo con la CIE vigente.
d) Clasificar la muerte materna y de la niñez según la causa, grado de prevención y demoras.
e) Realizar el análisis de los eslabones críticos en la cadena de procesos a fin de contar con toda la información necesaria para establecer las intervenciones pertinentes en los planes de mejora en los establecimientos del SNIS involucrados.
f) Elaborar el plan de mejora incluyendo responsabilidades de cada profesional, detallando las intervenciones en cada nivel de atención, seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento. El plan debe tomar en cuenta los eslabones críticos a intervenir.
g) Elaboración de informe final. Anexo 15 y 17.

5.7 Análisis de morbilidades materna extremadamente graves y de la niñez

5.7.1 Morbilidad materna extremadamente grave

Una morbilidad materna extremadamente grave será aquella en la cual la mujer estuvo próxima a morir, pero que sobrevive a una complicación que ocurre durante la gestación, parto o en los cuarenta y dos días después de la terminación del embarazo, en términos prácticos son las mujeres que sobrevivieron a una condición que puso en peligro su vida.

Los hospitales deben cumplir para el análisis de morbilidad materna extremadamente grave, el caso de una mujer que presente uno o más de los criterios que se detallan en el cuadro siguiente:

Tabla 15 Criterios para vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)

Sistema comprometido	Criterios clínicos	Marcadores de laboratorio	Criterios basados en intervenciones
Cardiovascular	✓ -Shock ✓ -Paro cardíaco	✓ Hipoperfusión (lactato mayor a 5 mmol/l o mayor 45 mg/dl). ✓ Acidosis con pH menor 7.1	✓ Infusión continua de agentes vasoactivos. ✓ Reanimación cardiopulmonar.
Respiratorio	✓ Cianosis ✓ Disnea ✓ Taquipnea FR mayor 40 rpm ✓ Bradipnea FR menor 6 rpm	✓ Hipoxia grave (saturación de oxígeno menor de 90 % durante mayor o igual a 60 minutos o PaO_2/ FiO_2 menor 200)	✓ Intubación y ventilación no relacionada con anestesia.
Renal	Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	Azoemia aguda: Creatinina mayor o igual a 300 mol/l o mayor o igual a 3.5 mg%)	Diálisis por insuficiencia renal aguda

Hematológico	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (menor 50,000 plaquetas / ml)	Transfusión masiva de hemoderivados (mayor o igual a 5 unidades)
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia	Hiperbilirrubinemia aguda	
Neurológico	✓ Inconsciencia prolongada (mayor de 12 horas) ✓ Evaluación escala de Glasgow ✓ Coma ✓ Accidente cerebrovascular ✓ Crisis epilépticas incontrolables, estado epiléptico ✓ Parálisis generalizada		
Genital	Infección genital o hemorragia que compromete estado de paciente		Infección o hemorragia que lleva a intervenciones médicas o quirúrgicas que podrían concluir en histerectomía

Fuente: Tomado y modificado de Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe 2021.

5.7.2 Morbilidad de la niñez

La morbilidad neonatal extrema es aquella en la cual el neonato estuvo sometido a algún evento de asfixia durante el trabajo de parto o parto, requirió reanimación neonatal al nacer, clínicamente o si presentó encefalopatía hipóxico-isquémica y egresó con diagnóstico de asfixia al nacimiento. La morbilidad extrema neonatal debe ser considerada como resultado desfavorable de la atención en salud.

Para el análisis de los casos neonatales se deben tomar en cuenta aquellos que cumplan con los criterios de asfixia al nacimiento descritos en la *Guías Clínicas de Neonatologia,* vigentes y que son dados de alta con ese diagnóstico, ya sea en el hospital de nacimiento o al que fue referido. En este último caso el hospital de referencia debe informar al hospital que refirió para la auditoría respectiva.

Algunas de las razones que justifican el análisis de morbilidad extrema, son:

1. Permite el análisis integral de casos, lo que facilita definir conclusiones puntuales, sobre factores de riesgo y estándares de atención.
2. Obtener lecciones aprendidas de los casos de neonatos que sobrevivieron.
3. Permite estimar los requerimientos de insumos, equipo, formación y capacitación de recursos humanos necesarios en los servicios de salud materna y neonatal.
4. Permite elaborar indicadores de morbilidad extrema comparadas entre establecimientos de salud en un periodo de tiempo determinado.
5. Favorece el trabajo en equipo y el fortalecimiento de las redes integrales e integradas de los servicios maternos neonatales.

Metodología

Para realizar un estudio de caso de una morbilidad extrema neonatal, el comité de mortalidad hospitalaria debe realizar las siguientes acciones:

a) Mensualmente cada hospital debe revisar y analizar la información de los egresos ocurridos, para seleccionar los casos de asfixia al nacimiento.

b) Realizar auditoría del expediente clínico: historia clínica, notas de evolución médicas, notas de enfermería, órdenes médicas, resultados de laboratorio y de pruebas diagnósticas, libro de referencias, libro de partos, entre otros.
c) Para el análisis de las posibles fallas de atención, podrán requerirse otros registros como listado de turnos, atenciones recibidas en consultas de emergencia, no documentadas en el expediente clínico, constancia de mantenimiento de equipos médicos, inventario de medicamentos, entre otros, e incluso entrevistas con otros actores involucrados directamente en la atención de la gestante y del recién nacido.
d) Análisis de caso: con toda la información recopilada se procede a identificar las fallas en el proceso de atención, para luego determinar la causa básica del evento, la prevenibilidad, el tipo de demoras y luego aplicar la metodología de eslabones críticos, definir conclusiones y elaborar plan de mejora.
e) El comité debe elaborar el informe según el anexo 14, el cual debe incluir, conclusiones y el plan de mejora, para enviarlo a la Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Regional y Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez.

El seguimiento y evaluación de los casos de morbilidad extrema, deben ser considerados por los proveedores de salud como una señal de alerta por ser acontecimientos o circunstancias que aumentan el riesgo de mortalidad. El consolidado de casos ocurridos debe ser evaluado trimestralmente por los hospitales, realizando el informe de la tendencia y las intervenciones necesarias para modificar resultados y enviarlo a la DNH y DIMPYN.

5.7.3 Análisis de casos especiales de morbilidades infantiles y de la niñez

Se consideran como casos especiales de para su análisis, en niñas y niños con rangos de edad por arriba de los 29 días aquellas morbilidades que sean objetos de vigilancia o interés epidemiológica según normativa vigente.

5.7.3.1 Responsables del análisis por nivel de atención

a) El Nivel Superior realizará análisis de morbilidades maternas y de niñez priorizadas.
b) La Unidad Materno Perinatal y la Unidad de la Niñez definirán los casos que se analizarán y notificara a la DNH, DNPNA y las instituciones del SNIS, para el acompañamiento en las jornadas de análisis.
c) Los establecimientos del SNIS deben realizar sus jornadas de análisis de acuerdo a lo ya establecido.
d) Los hospitales del SNIS deben reportar diariamente a la DNH, Unidad Materno Perinatal, Unidad de la Niñez, Equipo Gestor Nacer con Cariño, todo caso de morbilidad extremadamente grave, en caso de la niñez los ya priorizados.
e) El comité de vigilancia de morbi mortalidad materno infantil, según nivel administrativo, deberá analizar el 100 % de morbilidad obstétrica y la morbilidad de la niñez según priorización de casos, realizando las jornadas de análisis con la siguiente frecuencia:

Tabla 16. Periodicidad de jornadas de análisis de casos de morbilidades

Nivel administrativo	Periodicidad
Unidad de salud	Mensual
SIBASI	Mensual
Direcciones regionales	Mensual
Hospitales	Mensual
Nivel Superior	2 cada mes

Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

La frecuencia de las jornadas se puede modificar de acuerdo al número de casos que se presenten.

5.8 Evaluación y monitoreo

5.8.1 Evaluación de mortalidad perinatal y neonatal

Para facilitar el análisis y evaluación de indicadores de las muertes perinatales y neonatales, se utilizarán las tablas diseñadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) en la matriz BABIES. Se deben llenar las tablas y luego realizar el análisis cuantitativo según los periodos perinatales de riesgo, en los que se utilizan las variables de peso al nacer y el momento en que ocurre la muerte (ante parto, intraparto, período neonatal temprano y el período neonatal tardío), estas deberán ser evaluadas en cada sala situacional departamental, regional y hospitalaria.

Tabla 17. Matriz BABIES, periodos perinatales de riesgo

Grupos de peso	Anteparto (fetales =>22 semanas de gestación)	Intraparto	Neonatal Temprana		Neonatal tardía	Total, muertes por peso	Total, nacidos vivos y muertos	Tasa MPN especifica por grupos de peso
			Muertes ocurridas en menos de 24 horas después del nacimiento (Día 0)	Muertes entre el día 1 al 7 después del nacimiento				
500 a 999 gr								
1000 a 1499 gr								
1500 a 2499 gr								
2500 a 3999 gr								
4000 o mas gr								
TOTAL								

Mortalidad según atención		Mortalidad por peso	
Salud materna		500 a 999 gr	0.0%
Cuidados prenatales		1000 a 1499 gr	0.0%
Atención parto		1500 a 2499 gr	0.0%
Atención RN		2500 a 3999 gr	0.0%
Atención neonato		4000 o mas gr	0.0%

Fuente: Tomado y adaptado de BABIES (Birthweight (B), age of death (A), boxes (B),intervention (I),evaluation (E),system (S).

5.8.2 Interpretación matriz BABIES

Se fundamenta en el riesgo, como una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño a la salud, una enfermedad, la complicación de la misma o la muerte en un período de tiempo.

El peso y la edad al momento de la muerte son datos vitales para hacer correlación con factores determinantes relacionados con la salud de la madre o con los cuidados del recién nacido.

La matriz para el análisis es una tabla de 16 celdas, cada una de las cuales representa dos aspectos de la salud perinatal:

1. Resultados perinatales (mortalidad específica según edad al morir dentro o fuera del útero y según peso al nacer).
2. Determinantes de estos resultados: salud materna, atención materna neonatal e infantil. La segunda matriz permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte, de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto) y muertes posteriores al nacimiento.

Para definir la edad al morir se reconocen 4 períodos:

Durante el embarazo; (22 semanas de gestación o > 500 gramos de peso hasta el inicio del trabajo de parto.
Durante el trabajo de parto; (desde el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento).
Período neonatal temprano: (desde el momento del nacimiento hasta completar los siete días después del nacimiento). Para evaluar la calidad de los cuidados inmediatos del recién nacido, se separan las muertes que ocurren en las primeras 24 horas posterior al nacimiento (día 0) del resto.
Período neonatal tardío (después del día 7 del nacimiento hasta completar el día 28).

Para los grupos de peso se escogen cuatro categorías:

Muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos)
Peso al nacer bajo intermedio (1500 a 2499 gramos)
Peso normal (igual o mayor de 2500 gramos hasta 3,999 gramos)
Peso alto al nacer igual o mayor a 4,000 gramos

Teniendo en cuenta que es importante definir con exactitud en donde se concentran los principales problemas, se debe utilizar una matriz para casos que tuvieron muertes hospitalarias y extrahospitalarias (domiciliarios y otros lugares).

Los resultados obtenidos de la utilización de la matriz se deben interpretar de la siguiente manera:

Tabla 18. Interpretación de resultados de matriz BABIES

Color celda	Interpretación
	Problemas derivados de la salud materna
	Problemas derivados de los cuidados durante el embarazo
	Problemas derivados de los cuidados durante el parto
	Problemas derivados de los cuidados del recién nacido
	Problemas derivados de los cuidados posterior al alta del recién nacido o atención de los cuidados del neonato en casa

5.8.3 Problemas derivados de la salud materna

La mayoría de los recién nacidos con un peso al nacer menor a 1500 gramos, tienen predeterminado retardo de crecimiento uterino. Tanto el carácter prematuro como el retardo del crecimiento uterino están relacionados con el estado de salud de la madre (nutrición, infecciones, alta paridad o embarazo a temprana edad).

De las celdas que registran recién nacidos cuyo peso es menor de 1500 gramos y son mortinatos, puede inferirse que son el resultado de causas de nacimiento prematuro, incluyendo infecciones, emergencias obstétricas tales como hemorragia antes del parto o incompetencia cervical. Por consiguiente, las intervenciones que deben ser aplicadas para el mejoramiento de los resultados están dirigidas principalmente a la madre e incluyen:

a) Fortalecimiento de las acciones en salud para los servicios de anticoncepción.
b) Identificación de riesgo reproductivo y referencia para evaluación y tratamiento (hipertensión, diabetes, obesidad, entre otras).
c) Mejoramiento del estado nutricional, suplementación con micronutrientes.
d) Prevención, identificación y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
e) Evitar el abuso del cigarrillo, alcohol y otras drogas.

5.8.4 Problemas derivados de los cuidados durante el embarazo

Estas muertes corresponden a nacidos muertos y ocasionalmente en estado de maceración. La alta incidencia de fetos muertos con peso igual o mayor de 1500 gramos, refleja problemas en la salud de la madre durante el embarazo (no incluye abortos previos). Las muertes de los fetos ocurridas antes de comenzar el trabajo de parto reflejan una atención inadecuada de enfermedades durante el embarazo.

La diferencia entre los recién nacidos muertos en estado de maceración y los que han muerto recientemente indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados. Las intervenciones a considerar son:

a) Cuidado prenatal, incluyendo seguimiento a complicaciones del embarazo tales como hemorragia antes del parto, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos en el embarazo.
b) Recomendaciones de alimentación adecuada durante el embarazo incluyendo suplementación con micronutrientes.
c) Diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia durante el embarazo.
d) Planificación del parto hospitalario.
e) Inmunización.
f) El diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual, de vías urinarias, vaginosis y enfermedad periodontal, para reducir los riesgos parto prematuro y la mortalidad perinatal.
g) Proporcionar información y servicios de anticoncepción.

5.8.5 Problemas derivados de la atención del parto

Un aumento en los casos de fetos muertos o recién nacidos con peso igual o mayor a 1500 gramos, reflejan el cuidado de la madre durante el trabajo de parto y el alumbramiento.

Estas muertes indican debilidades en el cuidado y asistencia de las emergencias obstétricas, las intervenciones en esta situación incluyen:

a) Atención del parto por personal calificado.
b) Calidad adecuada del servicio de emergencias obstétricas (quirúrgica y servicios médicos para tratar sepsis, eclampsia, hemorragia y el trabajo de parto obstruido).
c) Calidad en los servicios de atención para los recién nacidos.
d) Funcionamiento de sistemas de referencia y coordinación de red para transporte, reduciendo las demoras en el acceso para atención de la madre y del recién nacido. La

asistencia especializada durante el parto es fundamental tanto para el recién nacido como para su madre. Una atención obstétrica adecuada garantiza que el nacimiento no sea traumático y reduce las probabilidades de mortalidad y morbilidad por asfixia durante el parto; al mismo tiempo, una estricta asepsia y el debido cuidado del cordón umbilical reducen el riesgo de infecciones. Con la preparación necesaria, se puede reanimar al neonato que no es capaz de respirar al nacer y también manejar complicaciones imprevisibles de la madre y el recién nacido o remitir a éstos a los servicios pertinentes.

5.8.6 Problemas derivados de los primeros cuidados al recién nacido

Un número excesivo de muertes tempranas entre recién nacidos que pesan 1500 gramos o más, refleja la capacidad institucional del sistema de atención al recién nacido. Las muertes registradas en estas celdas son resultado de la incapacidad para reanimar al recién nacido asfixiado, mantener su control térmico o tratar infecciones. Las muertes que se registran en estas celdas usualmente ocurren en instituciones de salud desde una hora después del alumbramiento, hasta los dos o tres días de vida.

Las intervenciones incluyen:

a) Monitoreo adecuado del recién nacido para evitar complicaciones.
b) Cumplimiento de protocolos de reanimación neonatal.
c) Servicios médicos para tratar infecciones, asfixia, ictericia y condiciones metabólicas que afecten al recién nacido.
d) El funcionamiento del sistema de referencia y retorno, así como la estabilización y transporte del recién nacido crítico.

5.8.7 Problemas derivados de los cuidados posteriores al alta del recién nacido

Un mayor número de muertes de recién nacidos que pesen 1500 gramos o más refleja la atención de recién nacidos saludables después que dejan la institución de salud. Las muertes en un periodo de cuatro a siete días de vida, debe alertar sobre la posibilidad de infección neonatal, la cual puede estar relacionada con las prácticas de atención:

a) Si el recién nacido no es amamantado con lactancia materna exclusiva, las muertes probablemente serán debidas a diarrea por la utilización de agua contaminada o preparación incorrecta de la fórmula.
b) Si el recién nacido recibe lactancia materna exclusiva, una enfermedad respiratoria alta puede ser la causa primaria de la muerte.
c) Será responsabilidad del personal de cada establecimiento de salud, hacer la evaluación y análisis de los resultados de mortalidad perinatal y neonatal, utilizando los cuadros de la matriz BABIES, tratando de identificar el origen del problema y tomar medidas de acción pertinentes. Dicha información será discutida en las reuniones materno infantiles de la red. Así mismo deben evaluarse en general todos los indicadores de vigilancia de la mortalidad perinatal, infantil y de la niñez establecidos por el Ministerio de Salud.

6. Monitoreo

a) La DIMPYN en coordinación con diferentes instituciones del SNIS y dependencias del MINSAL deberá realizar supervisión, asistencia técnica y seguimiento al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos.
b) La DNH y DNPNA deben brindar supervisión, asistencia técnica y seguimiento al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos.
c) Las direcciones de hospitales, regionales y SIBASI serán los responsables del monitoreo y evaluación del cumplimiento de la vigilancia y análisis de los casos de morbilidades maternas extremadamente graves y neonatales además de la mortalidad materna y de la niñez.
d) Las diferentes Instituciones del SNIS deben brindar supervisión, asistencia técnica y seguimiento al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos, deberán enviar la

información requerida para las jornadas de análisis de casos de forma oportuna a las dependencias del MINSAL que lo requieran.

7. Evaluar y readecuar planes de mejora

Posterior a cada análisis de caso se deberá de realizar un plan de mejora para el establecimiento, el cual deberá ser enviado junto con el formato de resumen a las direcciones correspondientes para que sean remitidos a la DIMPYN.

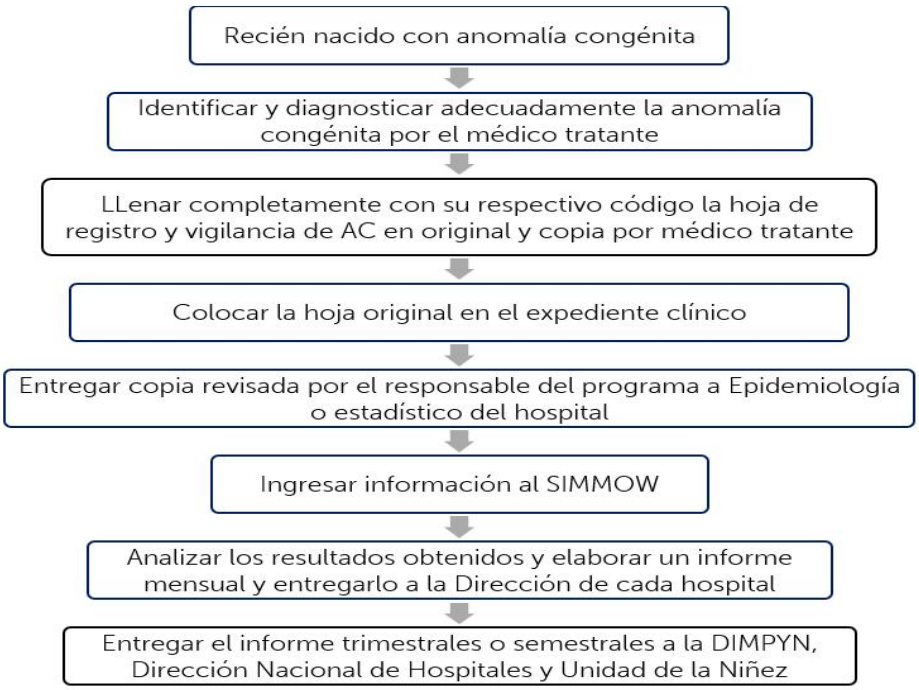
En el caso de mortalidad materna la DIMPYN convocará de manera trimestral a la DNH, DNPNA o su equivalente en el resto de instituciones del SNIS, para realizar evaluación, seguimiento y readecuación, si fuese necesario de los planes de mejora de los casos de mortalidad que se presenten.

C. Sistema de vigilancia de anomalías congénitas

Los comités de análisis de morbilidad extrema y mortalidad materno perinatal y de la niñez hospitalarios deben fortalecer el proceso de vigilancia local de anomalías congénitas a través de la conformación de un subcomité integrado por personal multidisciplinario: pediatra, neonatólogo, médico general, estadísticos, enfermería, epidemiólogo, obstetra o perinatólogo, según capacidad instalada. Dicho subcomité tendrá las siguientes funciones:

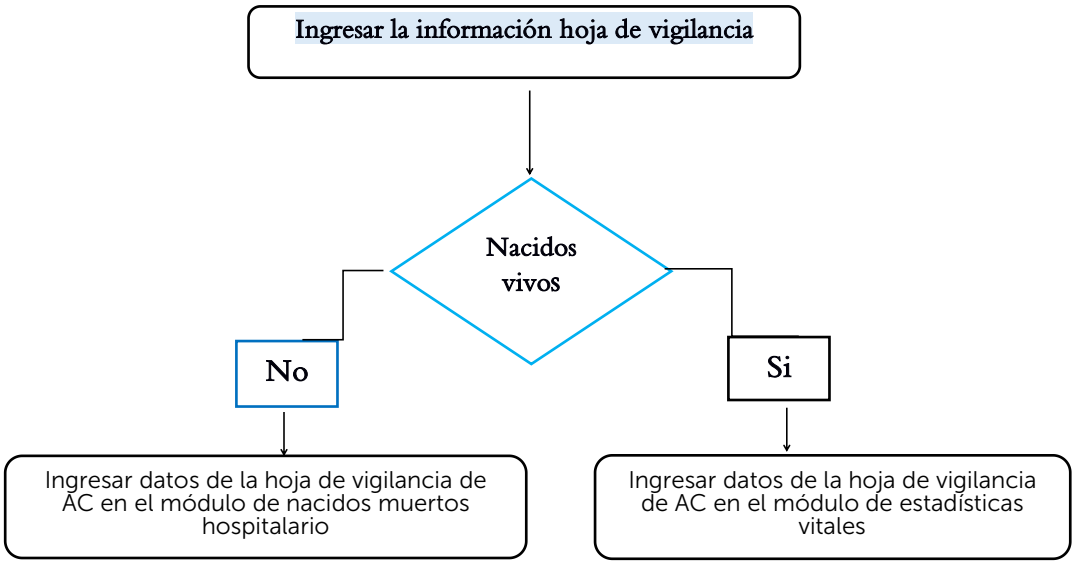
1. Monitoreo del llenado correcto de la *Hoja de Registro y Vigilancia de las Anomalías Congénitas* en original y copia, por el médico que la detecta.
2. Nombrar un responsable a nivel hospitalario.
3. El médico tratante deberá entregar copia de la *Hoja de Registro y Vigilancia de las Anomalías Congénitas* al responsable del programa en el Hospital, dejando la original en el expediente clínico.
4. El médico responsable del programa revisa que la hoja esté completa y correctamente llena. Codifica según el CIE-10 la anomalía detectada y entrega a estadístico y epidemiólogo responsable del registro en el sistema.
5. La digitación de los casos se realiza en el Sistema de Vigilancia de la Morbimortalidad (SIMMOW), en el módulo de estadísticas vitales, dentro del registro de la Ficha Médica al Nacimiento (FMN) en el apartado de anomalías congénitas para los nacidos vivos y en el módulo de atención hospitalaria, dentro del registro de nacidos muertos, señalando la existencia de una anomalía con lo cual se despliega el contenido específico.
6. Realización de análisis mensual de la situación del programa de Anomalías Congénitas en su establecimiento.
7. Elaboración mensual del informe de las anomalías registradas durante el mes anterior; el cual, debe realizarse después del día 20 de cada mes, basado en la hoja de cálculo que genera el SIMMOW. Dicho informe lo revisa el subcomité, quien emite las recomendaciones respectivas, remitiéndolo a la dirección del hospital para su revisión, implementación y seguimiento.
8. La dirección hospitalaria enviará informe de evaluación trimestral a la DIMPYN y a la DNH para su conocimiento.
9. La DIMPYN a través de la Unidad de la Niñez en coordinación con la DNH y la DNPNA realizarán una evaluación anual del sistema de vigilancia de anomalías congénitas con la participación de los representantes del SNIS.

Flujograma 4. Registro y vigilancia de las anomalías congénitas



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

Flujograma 5. Registro y vigilancia de las anomalías congénitas en el SIMMOW



Fuente: Ministerio de Salud, 2024.

D. Actividades de monitoreo y supervisión por nivel de atención del SNIS

Las instituciones del SNIS deben delegar un referente materno e infantil en cada nivel de atención para garantizar el cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos y realizar las siguientes actividades administrativas:

1. Ministerio de Salud

1.1 Nivel Superior

1.1.1 Dirección Integral Materno Perinatal y de la Niñez (DIMPYN)

a) Debe coordinar con la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención y Dirección Nacional de Hospitales y serán responsables de garantizar el cumplimiento de los procesos establecidos en los presentes lineamientos técnicos.
b) Los referentes de la Unidad Materno Perinatal y de la Unidad de la Niñez son los responsables de coordinar con los referentes de las instituciones del SNIS, la vigilancia y respuesta a la mortalidad y morbilidad materna extremadamente grave y niñez, en los diferentes establecimientos de salud.

1.1.1.1 Unidad Materno Perinatal

a) Coordinar la ejecución de los análisis de casos de mortalidad y morbimortalidad con las diferentes instituciones del SNIS involucradas en el proceso de atención.
b) Recopilar los análisis locales y acciones de mejora del 100% de las muertes maternas, elaborados por las instituciones del SNIS, según el caso.
c) Responsable de la reclasificación de la mortalidad en los sistemas de información en coordinación con la Unidad de Estadística e Información en Salud.
d) Brindar supervisión, asistencia técnica y seguimiento a planes de mejora a los diferentes niveles de atención del MINSAL y en casos requeridos brindar acompañamiento en las diferentes instituciones del SNIS.

1.1.1.2 Unidad de la Niñez

a) Realizar priorización de casos a analizar por regiones.
b) Coordinación y envío de programación de análisis de casos priorizados.
c) Participar en las jornadas de análisis de casos regionales.
d) Recopilar los análisis regionales y acciones de mejora del 100% de muertes en la niñez priorizadas, elaborados por las instituciones del SNIS, según el caso.
e) Brindar supervisión, asistencia técnica y seguimiento a planes de mejora a los diferentes niveles de atención del MINSAL y en casos requeridos brindar acompañamiento en las diferentes instituciones del SNIS.

1.1.2 Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención (DNPNA)

Responsable de garantizar el cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos en los establecimientos del Primer Nivel de Atención y cumplir las siguientes actividades:

a. Nombrar un referente nacional quien será el responsable de coordinar el cumplimiento de los presentes lineamientos con las regiones, SIBASI y unidades de salud.
b. Las direcciones regionales delegarán a los referentes materno e infantil y epidemiólogo, quienes serán los responsables del cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos:
   - ✓ Las direcciones regionales deberán conformar el comité de análisis de la morbimortalidad materna e infantil.
   - ✓ Notificar inmediatamente a la DIMPYN, DNH y al Equipo Gestor Nacional, la ocurrencia de la muerte extrahospitalaria materna y niñez.

- ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación de la vigilancia y respuesta a la morbimortalidad materno e infantil en los SIBASI bajo su responsabilidad.
- ✓ Garantizar el análisis local de la mortalidad materna y niñez.
- ✓ Coordinar y participar en el análisis local con los establecimientos de salud involucrados y enviar el informe final a la DIMPYN y DNH en un lapso no mayor de 5 días posterior al análisis
- ✓ Asegurar la investigación de los casos sospechosos de mortalidad materna por el método RAMOS.
- ✓ El referente Infantil en coordinación con el estadístico regional coordinará con los referentes de cada hospital la reclasificación de la causa básica de muerte en aquellos casos que el análisis lo establezca, notificando dicho cambio a la Unidad de Estadística e información en salud y DNPNA

c. Las coordinaciones de los SIBASI deberán delegar a los referentes materno e infantil para la operativización de los presentes lineamientos, quienes serán los responsables de las siguientes intervenciones:
   - ✓ Conformar el comité de análisis de la morbimortalidad materna e infantil de cada SIBASI.
   - ✓ Notificar inmediatamente a nivel regional la ocurrencia de la muerte extrahospitalaria materna y de la niñez.
   - ✓ Convocar a las jornadas de revisiones de casos a las diferentes instituciones del SNIS involucradas y enviar el informe preliminar en un lapso no mayor de 15 días, al referente regional de cada componente (materno infantil).
   - ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación de la vigilancia y respuesta a la morbimortalidad materno e infantil en las unidades de salud bajo su responsabilidad.
   - ✓ Coordinar y participar en el análisis de casos de muerte o morbilidad materna y de la niñez con personal de los diferentes niveles de atención de las instituciones del SNIS.
   - ✓ Revisión, análisis y cierre de caso de las sospechas de muerte maternas en la comunidad identificadas por método RAMOS para su confirmación o descarte y la investigación de casos notificadas por el hospital como altamente sospechosas.
   - ✓ De ser necesaria la reclasificación de una muerte confirmada por método RAMOS en la cual, se determine por el análisis, que se trata de una muerte materna, el SIBASI a través de su referente deberá notificar al comité de análisis de morbimortalidad local y notificar a la DIMPYN para su reclasificación.

d. En las unidades de salud, las direcciones son responsables de coordinar que el comité de morbimortalidad cumpla con las siguientes disposiciones:
   - ✓ La dirección de cada unidad de salud debe conformar el comité local.
   - ✓ Notificar inmediatamente al SIBASI correspondiente, la ocurrencia de una mortalidad extrahospitalaria materna, muertes fetales y de la niñez.
   - ✓ Realizar el análisis local de los casos de morbimortalidad materna, muertes fetales y de la niñez, con la participación de los recursos involucrados en la atención y enviar el informe preliminar del análisis al SIBASI en un lapso no mayor 72 horas (exceptuando la autopsia verbal).
   - ✓ Posterior a la realización de la autopsia verbal el establecimiento de salud completará el informe local, el cual será enviado al SIBASI respectivo.
   - ✓ En los casos que involucren la participación de personal operativo de FOSALUD, el director de la unidad de salud deberá notificar a los supervisores de la Unidad de Atención Primaria de Salud de FOSALUD, para coordinar el proceso de revisión del caso, así como la participación del personal operativo en la revisión del mismo. De acuerdo a disponibilidad del personal de salud, el supervisor podrá asumir la participación en las revisiones de los casos.
   - ✓ Participar en el análisis del caso a nivel SIBASI y regional, si fuese requerido también a nivel nacional.

- ✓ Seguimiento de la incidencia de muertes en mujeres en edad fértil identificadas por método RAMOS para su confirmación o descarte.
- ✓ Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad de cada profesional.

1.1.3 Dirección Nacional de Hospitales

Debe realizar las siguientes intervenciones:

a) Nombrar un referente nacional materno e infantil quien será el responsable de coordinar el cumplimiento de los presentes lineamientos en la red de hospitales a nivel nacional.
b) Garantizar que cada hospital cuente con un comité de vigilancia de morbimortalidad materna, perinatal y de la niñez, el cual será conformado por personal multidisciplinario y donde aplique por capacidad instalada puede estar integrado por el equipo gestor local.
c) Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad de cada profesional.
d) Coordinar y participar en el análisis local con los establecimientos de salud involucrados y enviar el informe final a la DIMPYN y DNPNA en un lapso no mayor de 20 días.
e) Notificar inmediatamente a la DIMPYN, DNPNA, Equipo Gestor Nacional, la ocurrencia de muertes hospitalarias maternas, fetales y de la niñez.
f) Monitoreo, supervisión y evaluación de la vigilancia y respuesta a la morbimortalidad materna fetales y de la niñez, en los hospitales bajo su responsabilidad.
g) Vigilar la reclasificación de la mortalidad materna por el método RAMOS en los diferentes hospitales.
h) Monitorear y evaluar el sistema de vigilancia de anomalías congénitas.

1.1.3.1Hospitales de Segundo y Tercer Nivel

Las direcciones de los hospitales deben conformar un comité de análisis de la morbimortalidad materna e infantil y realizar las siguientes intervenciones:

a) Las direcciones de los hospitales deben nombrar a un referente materno e infantil, que será el responsable a nivel local del cumplimiento de los presentes lineamientos.
b) Las direcciones del Hospital El Salvador y del Hospital Nacional Rosales deberán nombrar un referente materno, quien dará cumplimiento a los presentes lineamientos.
c) Los referentes de cada hospital y epidemiólogo serán los responsables de la operativización de los presentes lineamientos, lo cual incluye:
    - ✓ Monitoreo, supervisión y evaluación de la vigilancia y respuesta de la morbi mortalidad materna e infantil.
    - ✓ Notificación inmediata de mortalidad y morbilidad extrema materna y de la niñez a la Dirección Nacional de Hospitales, Supervisor del Equipo Gestor y DIMPYN.
    - ✓ Participar en el proceso de análisis de mortalidad materna, muertes fetales y de la niñez y enviar el informe final del análisis y planes de acción en un lapso no mayor a 72 horas.
    - ✓ Verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad de cada profesional.
    - ✓ Participar en el análisis del caso en los espacios SIBASI, regional y si fuese requerido, a nivel nacional.
    - ✓ Seguimiento de la incidencia de muertes en mujeres en edad fértil identificadas por método RAMOS, para su confirmación o descarte.

2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

a) El ISSS deberá nombrar un referente nacional materno y un referente nacional infantil, quienes serán los responsables de coordinar la consolidación de la información generada en los distintos establecimientos de atención del ISSS, en relación a la vigilancia y respuesta a la morbimortalidad materno y de la niñez.

b) Los referentes nacionales serán responsables del cumplimiento de las siguientes intervenciones:

b.1 Monitoreo, supervisión, evaluación de la vigilancia y respuesta de la morbimortalidad materna y de la niñez

b.2 Coordinar con el Equipo Gestor Nacional de la Ley Nacer Con Cariño y la DIMPYN para el análisis de los casos.

c) El comité gestor local de cada centro de salud del ISSS, será el responsable de:

- ✓ Realizar el análisis de la morbimortalidad materna y de la niñez, el cual deberá recibir el apoyo del área de epidemiología, siempre y cuando el centro de salud cuente con epidemiólogo.
- ✓ Enviar la información al referente nacional y al supervisor de la región correspondiente.
- ✓ Las direcciones de los centros de salud del ISSS, deben conformar comités locales de análisis de morbimortalidad materna e infantil en coordinación con el equipo gestor local y enviar la información al referente nacional de su institución.

d) El coordinador del comité local de monitoreo del programa materno infantil y el referente nacional participarán en el proceso de análisis de la morbimortalidad materna, muertes fetales y de la niñez en su institución.

e) El comité local del programa materno infantil será el responsable de verificar la realización, ejecución y evaluación de planes de mejora individualizados y con responsabilidad de cada profesional.

f) Los referentes nacionales y el coordinador del comité de monitoreo del programa materno infantil deben garantizar la calidad de la información compartida para la búsqueda de casos confirmados.

g) Realizar el proceso de vigilancia de anomalías congénitas de su institución.

h) El ISSS deberá cumplir con los tiempos establecidos por el Ministerio de Salud para la notificación, análisis, cierre de casos y envío de presentaciones e informe final.

3. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)

a) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial deberá nombrar un referente para participar y conformar la Comisión Nacional para el análisis de la morbimortalidad materna, fetal, infantil y de la niñez.

b) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, a través de su Unidad de Estadísticas, Epidemiología y Costos, en coordinación con los supervisores médicos hospitalarios será el responsable de la vigilancia activa de la morbimortalidad materna, fetal, infantil y de la niñez en los establecimientos públicos y privados prestadores de servicio.

c) La Unidad de Estadísticas, Epidemiología y Costos, será la responsable de facilitar y brindar la información requerida por el Ministerio de Salud, que se considere necesaria para el análisis de la morbimortalidad materna, fetal, infantil y de la niñez.

d) La vigilancia local de la morbimortalidad materna y de la niñez en los establecimientos públicos y privados prestadores de servicio, estará a cargo de los supervisores médicos hospitalarios y del coordinador médico hospitalario de cada uno de los establecimientos proveedores de servicio.

i) El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial deberá cumplir con los tiempos establecidos por el Ministerio de Salud, para la notificación, análisis, cierre de casos y envío de presentaciones e informe final.

j) Realizar el proceso de vigilancia de anomalías congénitas de su institución.

4. Comando de Sanidad Militar

a) El titular del Ministerio de la Defensa, a través del Comando de Sanidad Militar, deberá nombrar un referente para participar y conformar la Comisión Nacional para el análisis de la morbimortalidad materna, fetal, infantil y de la niñez.

b) Los referentes institucionales serán los responsables de coordinar con la DIMPYN para la revisión y análisis de los casos.

c) Los referentes institucionales serán los responsables de verificar el cumplimiento de los presentes lineamientos.

d) Las direcciones de los hospitales del COSAM deberán conformar el comité de análisis de la morbimortalidad materna e infantil, para dar cumplimiento a lo requerido en el presente lineamiento.

e) El COSAM deberá cumplir con los tiempos establecidos por el Ministerio de Salud, para la notificación, análisis, cierre de casos y envío de presentaciones e informe final.

f) Realizar el proceso de vigilancia de anomalías congénitas de su institución.

5. Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)

a) El FOSALUD nombrará un delegado para formar parte de la comité nacional para el análisis de la morbimortalidad materna, fetal, infantil y de la niñez.

b) Los supervisores pertenecientes a la Unidad de Atención Primaria en Salud, serán los responsables de coordinar con la DIMPYN para la revisión de análisis de casos y verificar el cumplimiento de los presentes lineamientos.

c) Los supervisores pertenecientes a la Unidad de Atención Primaria en Salud acompañarán los procesos de análisis de casos a los que sean convocados, por existir vínculo del personal operativo en el proceso de atención del caso a analizar, quienes responderán según convocatoria del Ministerio de Salud.

k) El FOSALUD deberá cumplir con los tiempos establecidos por el Ministerio de Salud para la notificación, análisis, cierre de casos y envío de presentaciones e informe final.

l) En aquellos casos en los que se ven involucrados los centros de espera materna el personal involucrado y la coordinadora respectiva deberá participar en los análisis de caso local.

V. Glosario

1. **Análisis de caso:** metodología que utiliza toda la información recopilada para identificar las fallas en el proceso de atención y determinar la causa básica del evento, grado de prevención y demoras para posteriormente aplicar la metodología de eslabones críticos, definir conclusiones y elaborar plan de acción.
2. **Búsqueda pasiva:** se refiere a la estrategia de esperar a que los casos de morbimortalidad materna lleguen a través de los canales ya establecidos por la institución, como la consulta espontanea o el reporte a través de los sistemas de información establecidos.
3. **Búsqueda activa:** investigación de caso de muerte que deben realizar todos los establecimientos de salud, a través de una vigilancia epidemiológica comunitaria. El personal de salud debe indagar durante la consulta diaria los casos de muerte del área geográfica de responsabilidad. Es imprescindible que en los establecimientos de salud exista una organización comunitaria activa y posicionar el tema con los líderes comunitarios para que se vuelvan informantes de todas las muertes que ocurran en su área de geográfica de influencia. Dada la notificación del caso en búsqueda activa se debe investigarse y notificarse.

4. **Causa básica de defunción:** enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.
5. **Causa antecedente de defunción:** se refiere al estado patológico o enfermedad que produjo la causa final de muerte. No siempre puede existir esta causa.
6. **Causa final de defunción:** se refiere a la enfermedad o estado patológico final que produjo la muerte.
7. **Informe estandarizado:** Recopilación de toda la información de caso que incluye; análisis local, autopsia verbal, identificación de demoras y planes de mejora.
8. **Método RAMOS:** tipo de estudio de todas las muertes en mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) en el cual se identifican las causas de cada muerte y las formas de prevenirla.
9. **Muerte materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y la duración de este, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
10. **Muerte materna tardía:** muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los cuarenta y dos días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.
11. **Muerte por causas obstétricas directas:** muerte que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo (prenatal, parto y puerperio), intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
12. **Muerte por causas obstétricas indirectas:** muerte que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
13. **Muerte por causas no relacionadas:** resulta de la defunción de mujeres embarazadas por causas violentas o auto infringidas es decir defunción materna por causas no obstétricas directas o patologías asociadas. No se considera en la Clasificación Internacional de Enfermedades.
14. **Muerte fetal:** muerte del producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho que después de la separación de su madre, el feto no respira, ni presenta ninguna otra señal de vida como latidos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria Se clasifica en muerte fetal temprana: de 22 a 28 semanas de gestación y muerte fetal tardía: con 28 o más semanas de gestación.
15. **Muerte perinatal:** muerte del feto o recién nacido desde las 22 semanas completas (154 días) de gestación hasta los 7 días de edad. Si se desconoce la edad gestacional se tomará en cuenta: peso mínimo de 500 gramos ó talla de 25 centímetros ó más.
16. **Muerte neonatal:** muerte de un recién nacido vivo, considerando un período que va desde su nacimiento hasta completar los 28 días de vida. La muerte neonatal, puede dividirse en temprana y tardía.
17. **Muerte neonatal temprana:** muerte de un recién nacido vivo durante los primeros 7 días de vida.
18. **Muerte neonatal tardía:** muerte del recién nacido vivo que ocurre después del séptimo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.
19. **Muerte infantil:** muerte de un niño (a) antes de cumplir el primer año de vida (364 días). (incluye las muertes neonatales).
20. **Mortalidad en el menor de 5 años:** son las muertes de niños que ocurren desde el nacimiento hasta antes de cumplir los cinco años.
21. **Mortalidad de la niñez:** muertes de niñas y niños que ocurren desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 12 años de edad.
22. **Muerte institucional:** muertes que ocurren en una institución de salud diferente a un hospital o durante el traslado bajo el cuidado de miembros de una institución de salud.

23. **Muerte hospitalaria:** muerte que ocurre en un servicio de hospitalización o en emergencia del hospital, independientemente del tiempo trascurrido entre la llegada del paciente y su fallecimiento; incluye las muertes que ocurren en la ambulancia, durante su traslado de un hospital hacia otro, ya sea por interconsulta o referencia.
24. **Muerte extrahospitalaria:** aquella defunción que ocurra en casa de habitación de la persona, comunidad, vía pública, establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención o durante su traslado hacia un hospital en cualquier medio de transporte.
25. **Notificación inmediata:** información general sobre una muerte materna, fetal, infantil y de la niñez registrada, debe ser enviada de inmediato.

VI.Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Derogatoria

Deróganse los Lineamientos técnicos para vigilancia de la mortalidad y morbilidad extrema materna, perinatal, infantil y de la niñez, de fecha seis de noviembre del dos mil diecisiete.

VII.Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

VIII. Referencias bibliográficas

1. Arora A. 2023 [citado el 7 de junio de 2024]. Levels and trends in child mortality 2021.Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://sdgs.un.org/goals/goal

2. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación [Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation].
3. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe.

4. Guía de Vigilancia epidemiológica de la morbimortalidad materna, fetal y neonatal. Paraguay 2017, 104 p. Disponible en : https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/72a96b-VigilanciaMaternaVWEB.pdf

IX. Anexos

Anexo 1.

Formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria (VIGEPES -01).

GOBIERNO DE EL SALVADOR

República de El Salvador

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO PARA NOTIFICACION INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES OBJETO DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES – 01)

1. Nombre del Establecimiento: _____ 2. Fecha de Consulta: ____/ ____ / ____

3. No. Expediente/No.de Afiliación:_____

4. Categoría Afiliación: ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ Beneficiario ☐ Hijo

5. No. DUI o Pasaporte :_____ 6. Fecha de nacimiento: ____/ ____ / ____ **7. Edad:**____ Años ____ Mes ____ Días

_____

8. Apellidos Nombres

_____ **10. Sexo:** ☐ Mas. ☐ Fem.

9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable:

11 Dirección Completa: _____ **12. Area:** ☐ Urbano. ☐ Rural

Departamento: _____ Municipio _____ **13. Nacionalidad:** _____

14. Residencia: _____

Localidad: :_____ **15. Teléfono:** :_____

16. Estudiante: ☐ Si ☐ No **Nombre del Centro Educativo** _____ (Completar esta información unicamente si es un estudiante)

17. Antecedentes Obstétricos: ☐ Aborto ☐ Embarazada ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No Aplica (aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)

18. Semanas de amenorrea: _____

19. Manejo: ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Referido a: _____

_____

20. Diagnóstico clínico/ Sospecha Diagnóstica

21 . Fecha de inicio de síntomas: ____/ ____ / ____ 22 . Fecha de notificación: ____/ ____ / ____

23. Condición: ☐ Vivo ☐ Muerto 24 . Fecha de defunción: ____/ ____ / ____

25. Causa de Defunción: _____

26. Nombre del médico que notifica : _____

Firma y Sello : _____

Una copia queda en expediente y otra se envía al centro de acopio para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde

© Ministerio de Salud Código: 80503130 Dirección de Epidemiologia /Mayo 2021

Anexo 2.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez

Listado de muertes altamente sospechosas de encubrir una muerte materna

Establecimiento que reporta: _____

No.	Nombre	Alcaldía	n°. de expediente / Libro/ partida	Local de defunción	Altamente sospechosa
					Si
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Nombre del responsable de ESDOMED: _____ _____Sello:

Cargo: _____

Firma: _____

Nombres y firmas personal que recibe informe: _____

_____

Fecha de recibido: _____

Anexo 3.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Hoja de verificación de embarazo (hoja filtro) por Método RAMOS

I.Datos generales

Establecimiento: _____

Región: _____ SIBASI: _____

Responsable del llenado:
_____

Nombre completo de la mujer fallecida: _____

edad: _____

Fecha de la defunción: hora_____día: _____mes: _____año: _____

Lugar de residencia: departamento: _____ municipio: _____

Teléfono: _____
Dirección (detallar departamento, municipio, distrito, cantón, caserío, colonia, puntos de referencia):
_____
_____
Lugar de la defunción: _____partida de defunción: _____

Alcaldía donde se registra la defunción (si aplica):
_____

Recibido atenciones en algún establecimiento de salud: Si_____ No___
Si recibió atención pase a la revisión de expediente clinico.
Si no ha recibido atención en ningún establecimiento realizar la entrevista familiar.

II.Revisión de expediente
Número de expediente en revisión: _____

1. Estaba embarazada al momento del fallecimiento Si_____ No___
2. Se tomó prueba de embarazo durante su atención en el establecimiento Si____ No___
   Resultado positivo: _____ resultado negativo: _____
3. Se registró fecha de última regla: Si____ No_____FUR_____
4. Se identifica amenorrea: Si_____No_____ Tiempo: _____
5. Esta la amenorrea relacionada a una morbilidad específica o a tratamiento: Si____ No___
6. Utilizaba métodos de planificación familiar previo a su fallecimiento: Si____ No. _____
7. Se encontraba esterilizada: Si_____ No. ____
8. Antecedente de histerectomía: Si____ No _____
9. Paciente estaba en menopausia: SI____ No_____

Interpretación:

a) Se descarta embarazo cuando el resultado es el siguiente:
   - ✓ En la pregunta 2 se tomó prueba de embarazo con resultado negativo.

- ✓ En la pregunta 6 a 9 es positivo.

b) Se clasifica como altamente sospechosa de embarazo cuando el resultado de las 3 preguntas es el siguiente:

- ✓ En la pregunta 3 es no
- ✓ En la pregunta 4 es si.
- ✓ En la pregunta 5 es no.

Clasifica como altamente sospechosa: Si_____ No_____

Finalice la verificación y traslade el caso a estadística para su registro y actualización en SIMMOW.

Nombre y Firma de quienes realizan la revisión de expediente:

_____

_____

Fecha de realizada la revisión de expediente: _____

Anexo 4

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Entrevista familiar sospecha de mortalidad materna (Método RAMOS)

I. Datos generales

Fecha de visita: día: _____ mes: _____ año: _____
Nombre de la persona entrevistada: _____
Nombre de la persona fallecida: _____
Parentesco: _____ Otros: _____

II. Desarrollo de la entrevista

Consultar sobre los antecedentes de la mujer fallecida

1. ¿Tiene conocimiento de si era sexualmente activa? Sí____ No____ No sabe____
2. ¿Estaba embarazada al momento de la muerte? Sí___ No_____ No sabe____
3. ¿Tuvo regla o menstruación en los dos últimos meses, previo a su muerte? Sí ____ No ____ No sabe____
4. ¿Estaba en la menopausia? Sí_____ No____ No sabe_____.
5. ¿Se le había realizado histerectomía? Sí____ No____No sabe_____.
6. ¿Estaba esterilizada? Sí_____ No____ No sabe____.
7. ¿Utilizaba algún método de planificación familiar antes de fallecer? Sí_____ No_____ No sabe____

Posterior a la entrevista se confirma embarazo: Si_____ No_____

Si se confirma que estaba embarazada realizar autopsia verbal

_____
Nombre y firma de la persona entrevistada

_____ _____
Nombre del responsable de entrevista Sello del establecimiento de salud
Firma y sello de JVPM

De no poder realizar la entrevista familiar ya sea por cambio de domicilio, dirección incorrecta, y habiendo agotado los recursos para realizarla favor detallar:

Anexo 5.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formulario de Autopsia verbal para Mortalidad Materna

I. Datos generales

Región: _____ SIBASI: _____
Establecimiento de salud: _____
Institución: _____
Fecha de visita: día: _____ mes: _____ año: _____

Nombre completo de la mujer fallecida:
_____
Edad: _____
Fecha de la defunción: hora (formato 24 horas___:___día:_____mes:_____año:_____

Lugar de la defunción:
Departamento: _____Municipio: _____

Local de la defunción: hospital/ unidad de salud, privado, casa u otro lugar (especifique)

_____

Lugar de residencia (domicilio habitual de la fallecida, especificar distrito, cantón, caserío/colonia) Departamento) _____Municipio: _____
Teléfono: _____ Dirección_____
_____
Nombre de la persona entrevistada:
_____
Parentesco:
_____

A. Información general

1. ¿La señora sabía leer y escribir? Sí_____ No_____
2. ¿Cuál fue el nivel educativo y año aprobado más alto de la fallecida?
Ninguno_____ básica (1° a 9°) ____ carrera técnica_____bachillerato (1° a 3°) _____Superior no universitario_____superior universitario_____no sabe_____
3. Estado civil: casada_____soltera_____
4. Tenía pareja: Si ____ No____No sabe _____

5. ¿La señora trabajaba? Sí____No ____No sabe____Si trabajaba, anotar ocupación y lugar de trabajo

6. Número de personas que habitan en el hogar:
7. Cuándo salió embarazada la señora, ¿deseaba tener un hijo? Si_____No__ No sabe____
8. ¿Estaba la señora planificando cuando salió embarazada? Sí___No___No sabe_____
9. Si estaba planificando ¿Con qué método? Inyectables____orales_____barrera (Condones)____
10. Naturales _____DIU_____ otros _____ no saben_____

B. Historia reproductiva

1. Fórmula obstétrica G___P____P____A____V___
2. ¿De todos los partos, cuantas cesáreas le realizaron? _____
3. ¿Fecha de finalización del último embarazo previo al actual? _____
4. ¿Cuántos hijos vivos deja la fallecida? _____

C. Datos del embarazo actual

1. ¿En qué momento falleció la señora? Durante el embarazo_____Durante el parto_____Después del parto___Durante el aborto Después del aborto_____No sabe
2. ¿Cuánto tiempo después del parto/aborto falleció? Horas___días_____semanas____no sabe
3. 3. ¿Cuántos meses de embarazo tenía? ____no sabe ___

D. Control prenatal

1.Durante este último embarazo, ¿asistió a control prenatal? Si_____No___No sabe_____

2. ¿Dónde recibió su control, (anotar los diversos lugares que consultó)?

Hospital _____ Unidad de Salud_____ Privado_____ ISSS _____

No sabe _____ otros (especificar)_____

3. ¿Tiene el carné materno perinatal de la fallecida (solicitarlo)? Si_____No_____

Si la respuesta es afirmativa, anotar el número de expediente_____

4. ¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenía la señora cuando se inscribió en el control prenatal? _____

5. ¿Cuántos controles prenatales tuvo durante el embarazo? Número de controles_____

No sabe___

6. ¿Tuvo algún problema de salud durante el embarazo? Sí____ No_____ No sabe_____

Si lo(s) tuvo anotar cuál(es) _____

7. ¿Conocían ustedes el Plan de Parto (solicitar ficha)? Si_____No_____

*si la señora no verificó parto pase a literal F.

E. Datos del parto

1. ¿Dónde tuvo el parto/aborto la señora? MINSAL ___ISSS ___Privado____Otro (Especificar)_____

2. ¿Quién atendió el parto/aborto? _____

3. ¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto? Horas_____ días_____No sabe_____ N/A _____

4. ¿Rompió fuente la señora? Si_____No_____ No sabe____ N/A_____

Si rompió la fuente, ¿cuánto tiempo antes del parto? Horas _____días _____ no sabe _____

5. ¿Vía de atención del parto? Vaginal____abdominal ____ aborto____

6. Recién nacido fue: único _____ múltiple____

7. El recién nacido está vivo? Si_____No____

8. Condición actual del niño/a: sano____ enfermo _____

9. Si el niño /niña falleció, ¿en qué momento? Durante el embarazo (mortinato) _____Durante el parto_____ Después del parto_____

¿Cuántos días después del parto? _____

F. Datos sobre posible causa de muerte (directas e indirectas).

Esta parte corresponde a algunos problemas de salud que la señora pudo haber presentado antes de fallecer. Explorar solamente la sección que corresponda según información proporcionada por la familia.

Sección 1: Pre eclampsia/Eclampsia

Sección 2: Hemorragia

Sección 3: Fiebre o infección

Sección 4: Otros problemas.

1.Preeclampsia/eclampsia.

Signos y síntomas	Sí	No
Dolor de cabeza severo		
Dolor en la boca del estómago (epigastralgía)		
Visión borrosa, como estrellitas o luces.		
Presión arterial elevada		
Ataques o convulsiones		

a. Si presentó ataques o convulsiones, ¿sabe usted en qué momento los presentó?

   Antes del embarazo_____Antes del parto_____durante el parto_____ Después del nacimiento del bebé_____no sabe___

b. ¿Tomó la señora algún medicamento? Sí__ No _____ No sabe __ Si tomó algún medicamento, ¿cuál? _____

2.Hemorragia

1. Antes de fallecer, ¿sabe usted si la señora presentó sangrado o hemorragia vaginal?
2. Sí ____No____ No sabe_____ si lo presento, ¿en qué momento?
3. Durante el embarazo_____Durante el parto_____Después del parto_____Después del aborto _____
4. 2. ¿Cuánto tiempo duro el sangrado? horas _____: _____días_____
5. 3.Con el sangrado o hemorragia vaginal, ¿sintió dolor? Sí ___No____No sabe____Características de sangrado: roja____ oscura _____ con coágulos_____ Otros (especifique)_____
6. 4.Cantidad del sangrado: mojo la ropa de la fallecida _____ mojo la ropa de cama_____ Mojó el suelo_____no sabe_____
7. 5. ¿Quién atendió a la señora cuando estaba sangrando? _____
8. 6.Después del nacimiento del bebé, ¿la placenta salió espontáneamente o se quedó retenida? Espontáneamente _____ se quedó retenida _____no sabe _____
9. Si se quedó retenida ¿Cuánto tiempo se quedó retenida? Minutos_____horas____
10. no sabe _____
11. 7. ¿Salió completa la placenta? Sí___No___No sabe_____
12. 8.Después del nacimiento del bebé, ¿la matriz o útero estaba dura o blanda? Dura_____Blanda_____ No sabe _____
13. 9.Cuándo salió el bebé, ¿tuvo desgarro vaginal /perineal? Sí___ No ___No sabe____
14. 10. ¿Tomó la señora algún medicamento? Si_____ No _____No sabe_____
15. Si tomó algún medicamento, ¿cuál? _____
16. 11. ¿Ingirió alguna sustancia o "Toma", ¿cuál?_____
17. 12. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del sangrado hasta que recibió atención médica? Horas_____no sabe_____

3. Fiebre o infección

a) ¿Antes de morir, presentó fiebre o calentura? SI____ No____ No sabe _____

b) ¿Sabe usted en qué momento se presentó la fiebre o calentura? Durante el embarazo____

c) Durante el parto _____ Después del parto_____ Durante o después del aborto _____

d) ¿Cuánto tiempo antes del parto o aborto presentó fiebre o calentura? horas ___

e) días_____ semanas_____no sabe_____

f) ¿Cuánto tiempo después del nacimiento del bebé presentó la fiebre o calentura?

g) Horas____días_____

h) Cuando presentó la fiebre, ¿tuvo flujo vaginal maloliente? Si___ No ___No sabe____

¿Tenía dolor? Si ___ No ___ No sabe ____

Si tenía dolor, señale el lugar: _____

f. La señora presentó moretes en la piel durante el periodo de fiebre? Si____ No_____

No sabe _____

4.Otros problemas

a. Cuando murió la señora ¿estaba la piel de color amarillo? Si ☐ N o ☐ No sabe ☐
Si estuvo de color amarillo, ¿cuánto tiempo antes?

Horas____días ____semanas____ meses _____no sabe_____

b. ¿Sabe usted si la señora tuvo contacto con algún veneno? Si ☐ No ☐ No sabe ☐
Especifique_____

c. ¿Tenía la señora problemas respiratorios o dificultad para respirar? Si ☐ No ☐ No sabe ☐
Si tuvo problemas para respirar, ¿cuánto tiempo antes de fallecer?
_____

Marque todas las que aplican.

Le silbaba o le chillaba el pecho	Si	No	No sabe
Hacía ruido al respirar			
Se le hundía el pecho			
Respiración rápida			
Dificultad para comer o beber			
Se ponía morada			
La señora se veía pálida			
Tuvo dolores en las piernas			
¿La señora había adelgazado o había perdido peso?			
Tuvo diarrea			

Tomo algún medicamento o remedio casero: Si ☐ No ☐ No sabe ☐

Si es SI , especifique que medicamento o remedio :_____

G. Demoras

a) ¿Decidió buscar ayuda? si __no _____no sabe ___

b) ¿Consideraba la señora o su familia que su problema de salud era muy grave o grave, y que podía ocasionarle la muerte? si _____no _____no sabe _____

c) Si no buscó ayuda, ¿cuál fue la razón principal? _____

d) Cuando decidió buscar ayuda o atención en salud, mencione los lugares donde consultó_____

e) Tuvo problemas o dificultades para acceso a asistencia médica?: (distancia al establecimiento, disponibilidad, eficiencia y costo de transporte). Explique: _____

f) ¿Qué opinión tiene de la atención que se le brindó a su familiar?

Adecuada_____**Inadecuada**_____

Explique:_____

g) ¿De qué cree que falleció la señora?

_____

H. Servicios básicos

Señale los aspectos que aplique:

Agua: chorro particular, chorro compartido chorro público (común), chorro de vecino, pozo público, río, lago o manantial, de pipa pozo privado	
Tipo de vivienda: independiente, apartamento, pieza de casa individual, pieza de mesón, rancho o choza, vivienda improvisada.	
Vivienda: propia, alquilada prestada, colono	
Para cocinar utilizan: no cocinan, electricidad, gas propano, leña	
Servicio sanitario: no tiene, letrina, servicio de lavar.	
Techo: concreto (plafón), teja barro/cemento, lámina de asbesto (duralita) lámina metálica, paja/palma, plástico/cartón	
Paredes: concreto (mixto) bahareque adobe madera lámina paja/palma plástica/cartón	
Piso: cemento, barro, cerámica, Tierra.	
Basura: servicio municipal, la entierran, la queman, la tiran al patio/solar, la tiran al río/quebrada	
En la vivienda existe: luz eléctrica, televisor, refrigeradora, teléfono fijo, teléfono celular, automóvil	

Altamente sospechosa: Si_____ **No**_____

Fecha:_____

Nombres, firmas y sellos de JVPM responsables

_____

_____

_____

Anexo 6.

GOBIERNO DE EL SALVADOR | MINISTERIO DE SALUD

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Listado de muerte materna confirmada

	Fecha defunción	Establecimiento que reporta la muerte	Alcaldía	n.° expediente /libro partida	Local de defunción	Nombre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Nombre de responsable de equipo técnico: _____

Nombre de responsable de estadística: _____

Cargo:_____

Firma de quien recibe el informe:_____

Fecha de recibido: :_____

Resultado de autopsia verbal: _____

Anexo 7.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formato de resumen preliminar mortalidad y morbilidad obstétrica

Datos generales		
Fecha y hora de reporte:	**MMEG:** Si ☐ No ☐	**Muerte materna:** Si ☐ ☐
Establecimiento del SNIS que reporta:		

Datos de identificación			
Nombre Completo de la paciente:			
Edad:			
Domicilio:			
Estuvo acompañada durante la atención:			
Número de expediente:	Lugar de Ocurrencia:	Hospital	
		Comunitaria	
		Otros	
Lugar de defunción:			
Día, fecha y hora de defunción:			
Momento de la defunción:	Embarazo	Posparto	

Antecedentes personales	
Antecedentes médicos: SI ☐ NO ☐	
Describir patología:	
Tiempo de evolución:	
Medicamentos que toma:	
Antecedentes quirúrgicos: SI ☐ NO ☐	
Cirugía realizada:	Fecha:
Ingresos previos del actual embarazo:	Diagnóstico y tratamiento:
Antecedentes obstétricos	
Fórmula Obstétrica :	
Vía de terminación del embarazo: vaginal ____ cesárea ____	Indicación de CBT:_____
Si tiene antecedente de cesárea(s), Indicación(es) de cesárea(s): Fecha(s) de cesárea(s):	
Cirugías uterinas previas:	
Antecedentes de morbilidades en partos previos: SI ☐ NO ☐	
Si la respuesta es SI, especifique:	

Resumen de caso				
Signos vitales: TA:	FC:	FR:	T°:	Sat O_2:
Peso:	**Talla:**		**IMC:**	

G__P__P__A__V__	FUR:___/___/___	**FPP:___/___/____**	Amenorrea: __ semanas

Semanas de gestación según primera USG: (temprana 20)	FPP según USG:

Fue referida desde otro centro a su hospital: SI ☐ NO ☐

Lugar que refiere:

Diagnóstico de referencia:	Estado en el que se recibe:
Fecha de ingreso a su hospital: ___/___/___	Hora: ___:___
Tiempo de estancia en su hospital: Días _____	Horas: _____

Breve resumen
del caso: Incluir fecha y día de ingreso, intervenciones medicas realizadas, con fecha y hora, no agregar nombre de personal, solo cargo.
Colocar datos de manejos de líquidos, incluyendo politransfusión, re intervención quirúrgica, uso de aminas y necesidad de ventilación mecánica.

Examen por sistemas (describir lo positivo):

Abdomen: AU: ____	FCF: _____	Actividad uterina: _____	No aplica:____
Colocación de espéculo: SI ☐	NO ☐	Describa:	
Realizó tacto vaginal: SI ☐	NO ☐	Describa:	

Exámenes de laboratorio:

Exámenes de gabinete:

Diagnóstico de Muerte Materna (llenar si el reporte es de este evento)	Causa final:
	Causa antecedente:
	Causa básica:
Diagnóstico de MMEG (llenar si el reporte es de este evento):	
Plan de manejo:	

Se activó:	Código Rojo: SI ____	NO ____	N/A: _____
	Código Naranja: SI ____	NO ____	N/A: _____

	Código Amarillo: SI ____	NO ____	N/A: _____
Fue referida a hacia otro centro desde su hospital:	SI _____	NO _____	
	Motivo de referencia:		
	Fecha y hora:		
	Estado de paciente previo al traslado:		
	Estado de paciente al llegar al centro de referencia:		
Si fallece en su centro de salud:	Servicio donde falleció:		
Datos adicionales:			
Persona recién nacida		Recién nacido 1	Recién nacido 2
Presentación fetal:			
Apgar (1-5 min):			
Peso (gramos:			
Longitud:			
Sexo:			
Nació vivo o muerto:			
Condición actual del recién nacido			
Personal de Salud que atendió a la paciente en su hospital			
Ginecoobstetra: ____	Residente GO: ____	Médico general: ____	Médico servicio social: ____
Enfermeras: _____	Otros: _____	Especifique:	

Anexo 8.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez

Formato de resumen preliminar de mortalidad fetal, perinatal y neonatal

Datos generales			
Tipo de muerte:	Fetal ☐	Perinatal ☐	Neonatal: ☐
Fecha y hora de reporte:			
Hospital que reporta			
Establecimientos que envía referencia			

Datos de identificación			
Nombre del paciente			
Sexo: M ☐ F ☐ I ☐	Edad al fallecimiento:		
CUN:	NUI:		
Domicilio:			
Nombre de la madre o responsable:			
Número de expediente materno (en caso de ser muertes fetales o neonatales):	Lugar de ocurrencia:	Hospital	
		Comunitaria	
		Otros	
Lugar de nacimiento:			
Fecha y hora de nacimiento:			
Lugar de defunción:			
Fecha y hora defunción:			

Antecedentes obstétricos (aplica solo para muertes perinatales y neonatales)		
Edad materna:	Fórmula obstétrica:	G: P: P: A: V:
Amenorrea:	Tipo de control: Básico ☐ Especializado: ☐	
Lugar control prenatal:	No. controles	
Patología materna:	Embarazos múltiples: Si ☐ No ☐ n.°:	
Drogas nocivas durante el embarazo	Ingresos hospitalarios durante el embarazo:	
Motivo de ingreso:	Atenciones especiales durante el embarazo:	
Esteroides prenatales Si ☐ No ☐	n° de dosis:	

Trabajo de parto					
Duración de trabajo de parto		Inducido		Espontáneo	
Monitoreo electrónico durante el parto Si ☐ No ☐		Resultado			
Ruptura de membranas: Si ☐ No ☐	Horas:				
Vía de nacimiento:		Motivo de cesárea:			
Lugar de atención del parto:					
¿Problemas durante el trabajo de parto y nacimiento? (describa):					

Descripción del líquido amniótico:						
Recién nacido						
APGAR	1min:	5 min:	10 min:	Peso al nacer:	Longitud:	PC:
Recibió reanimación al nacimiento	Si	No	Tipo de maniobra de reanimación que recibió:			
Aplicación de surfactante Si ☐ No☐ n.° de dosis:						
Medidas adicionales para conservar temperatura (prematuros menor de 1500 gramos☐ Si ☐ No						
Anomalías congénitas: Si☐ No ☐ Describir:						
Edad gestacional por Ballard:	Pasó a alojamiento conjunto: Si ☐ No ☐					
Se ingresa inmediatamente al nacimiento Si ☐ No ☐	Diagnósticos de ingreso:					
Breve resumen del plan de manejo:						
Traslado a otro hospital de mayor complejidad: Si ☐ No ☐ Hospital receptor:						
Traslado seguro: Si ☐ No ☐						
Días de estancia hospitalaria:						
Diagnósticos de fallecimiento:	Causa básica:					
	Causa final:					
	Causa antecedente:					

Anexo 9.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formato de resumen preliminar de mortalidad en la niñez.

Datos generales	
Tipo de muerte:	29 d a < 1ª ☐ 1 a < 5 a ☐ 5ª<12 ☐
Fecha y hora de reporte:	Establecimiento que reporta:
Establecimientos que brindaron atención previa.	

Datos de identificación		
Nombre del paciente		
Sexo: M ☐ F ☐ I ☐	Edad al fallecimiento:	
CUN:	NUI:	
Domicilio:		
Nombre de la madre o responsable:		
Lugar de ocurrencia:	Hospital	
	Comunitaria	
	Otros	
Lugar de nacimiento:		
Fecha y hora de nacimiento:		
Lugar de defunción:		
Fecha y hora defunción:		

Antecedentes perinatales						
Edad gestacional por Ballard al nacimiento_____	Lugar de atención del parto: hospitalario ☐ CEM ☐ Unidad de salud ☐ comunitario ☐					
APGAR al nacimiento	1min:	5 min:	10 min:	Peso al nacer:	Longitud:	PC:
Vía del parto : Vaginal ☐ CBT ☐ Indiación :						
Anomalías congénitas: Si ☐ No ☐ Describir:						
Complicaciones durante el parto Si ☐ No ☐	Recibió reanimación Si ☐ No ☐ Describa:					
Describa la atención recibida						

Control infantil y morbilidades
Estaba en control de niño sano: Si ☐ No ☐ Establecimiento: _____

Referencias previas: Si ☐ No ☐ Motivo: _____		
Ingresos previos: Si ☐ No ☐ Motivo: _____ Fecha de alta: _____		
Vacunación completa para la edad: Si ☐ No ☐		
Estado nutricional:_____ Tendencia del crecimiento: Adecuada _____No adecuada _____ Problemas del desarrollo: Si _____ No _____		
Morbilidades asociadas:		
Descripción del evento:		
Diagnósticos de fallecimiento:	Causa básica:	
	Causa final:	
	Causa antecedente:	

Anexo 10.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formulario de Malformaciones Congénitas

Nombre del recién nacido:		**Establecimiento:**	
Nombre de la madre:		**CUN:**	**NUI:**
Fecha de llenado:	**Dirección:**	**Municipio:**	**Departamento:**

Edad de la madre:		Antecedentes obstétricos		Enfermedades de la madre	
Ocupación:					
Escolaridad materna		Embarazos previos: Hijos previos con anomalías congénitas: SÍ __ NO ___Número: _____ SÍ ___NO _____		Ninguna	
Ninguna				Diabetes	
Primaria		Abortos Cuántos_____		Obesidad	
Secundaria		3 abortos espontáneos consecutivos: SÍ ___ NO____	Fin del embarazo anterior: Mes: _____ Año:	Epilepsia	
Estudios Superiores				Hipertiroidismo	
Riesgo ocupacional materno SÍ ___ NO ___		Infecciones durante el embarazo		Exposición a fármacos	
Radiación ionizante		TORCHS SI __ NO ___Especifique:	Caso sospechoso o confirmado de Zika: SÍ __ NO __ Mes de gestación:	Ácido valproico	
Metales pesados				Fenitoína	
Solventes orgánicos y		Adicciones maternas SÍ __ NO __		Carbamazepina	
Altas temperaturas		Alcohol	Tabaquismo	Ácido retinoico	
Humo industrial, vapores o		Cocaína	Otras	Ninguno	

Edad del padre:	Adicciones paternas SÍ__ NO __			Riesgo ocupacional paterno SÍ __ NO __		
	Alcohol		Otras: _____ ___	Radiación ionizante	Solventes orgánicos y pesticidas	
Ocupación:	Cocaína			Metales pesados	Humo industrial, vapores o tabaco	
	Tabaquism			Altas temperaturas	Otros:	

Son parientes: SÍ __ NO __				Madre		Primos		La misma	
Incesto		Tía y sobrino		Padre		Tíos		Otra	
Primos hermanos		Tío y sobrina		Hermano(a)		Abuelos		La misma y otra	
Primos segundos		Otros:		Medio		Otros:		Describa:	

Momento de la ingesta	Multivitaminas	Ácido fólico	Hierro + Ácido fólico	Condición al nacimiento: Vivo __ Muerto __	
				Embarazo actual con nacimiento múltiple: SÍ __ NO __	
Antes de la concepción				Número de recién nacidos con defectos al nacer: _____	
Primeros 3 meses de gestación				Sexo: M __ F __ I ___	Edad gestacional: Por FUR:

Durante todo el embarazo				Peso: _____ gramos	
No tomó				Longitud: _____ cm	
No sabe				Perímetro Cefálico: ____ ●__	
				Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: _____ Año: ___	
Prenatal (durante cualquier momento de la gestación) SÍ__ NO __				Lugar de nacimiento: Hospital__ Casa__ Otros __ Especifique: _____	
Natal (durante las primeras 24 horas de vida) SÍ__ NO __					
Postnatal: -- 1 (De 1 a 7 días de vida) --- 2 (De 8 a 28 días de vida) --- 3 (De 29 días a 1 año)					
	Código CIE-10	Diagnóstico Antenatal	Confirmado		
	Síndrome __ Secuencia __ Asociación __ Espectro __ Deformación ___Displasia ___				
Firma y Sello del responsable del	Especifique:				

Anexo 11.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formulario de autopsia verbal perinatal y neonatal

Fecha de la entrevista: _____

Responsables de la entrevista:

_____

Establecimiento al que pertenecen:

_____

Datos generales

Nombre de persona entrevistada:

_____

Parentesco con el (la) fallecida:

_____

Nombre del fallecido (a)

_____

Lugar donde ocurrió la muerte:

_____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de defunción: _____

Edad al momento de fallecer: _____

Datos de determinantes sociales de los padres:

Nombre de la madre: _____

Escolaridad: _____Estado civil: _____Ocupación: _____

Nombre del padre: _____

Escolaridad: _____Estado civil:_____Ocupación: _____

Datos familiares

Tipo de construcción de vivienda: _____

Servicios básicos: _____

Número de miembros del grupo familiar: _____

Acceso geográfico: _____-

Riesgo social: _____

Resumen sobre la enfermedad que llevo al bebé a la muerte (datos proporcionados por la persona entrevistada)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Parto

1.- ¿Tipo de parto? Único ___ Múltiple: _____

2.- Edad gestacional al nacimiento: Prematuro ___ A termino: _____ postermino_____ No sabe_____

3.- El parto fue complicado? SI_____NO_____No Sabe: _____ Si la respuesta es "si", pregunte ¿Qué tipo de complicación presentó durante el parto?

_____
_____
_____
_____

4.- ¿Quién le atendió el parto? Médico ___ Partera_____ Promotor de Salud_____

Ella misma_____ Otro (colocar el nombre): _____

5.- ¿Cuántos meses de embarazo tenía? _____

¿Su embarazo fue planificado? SI ___ NO ____

¿Durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato por parte de su esposo o compañero de vida o de algún familiar u otra persona? SI ___ NO ___

Tipo de maltrato:

_____

6.- En qué momento rompió la fuente? Antes del parto_____ Durante el parto:_____

No se lo rompió la fuente_____ No sabe si se lo rompió_____

Si, la "fuente" se rompió antes del parto, cuanto tiempo antes se rompió: Menos de 12 horas_____, Más de 12 horas_____

7.- ¿Cuánto tiempo duro el trabajo de parto?

Menos de 12 horas_____ Más de 12 horas_____

Recién nacido

1. ¿El bebé respiro y lloro al nacer? Si: ___No: ___ No sabe_____
2. 9.- ¿Había moretones o alguna marca de daño en el cuerpo del bebé al momento de nacer?
3. Si: _____ No: _____ No sabe_____

4. 10.- ¿Tenía él bebe alguna anomalía congénita? Si: ____ No: ____ No sabe_____
5. Si, la respuesta es sí, pregunte qué tipo de anomalía _____
6. 11.- Al momento de nacer, el bebé era: muy pequeño ____ más pequeño de lo usual___ Dentro del tamaño promedio___ más grande de lo usual_____
7. 12. Después de nacer, él bebe fue capaz de succionar de manera normal:
8. Si: _____ No: ____ No sabe_____
9. ¿Al cuánto tiempo después del parto el bebé empezó a ponerse enfermo?

_____

_____

_____

10. Marque con una "X" la casilla que describe los síntomas presentados:

Síntomas	si	no	Fecha de inicio	Duración (días)
Convulsiones o ataques				
Letárgico				
No puede mamar				
Vómitos persistentes				
Fiebre o Hipotermia				
Quejumbrosa o con llanto				
Respiración rápida				
Ictericia				
Cianosis				
Palidez				
Secreción purulenta en los ojos				
Secreción purulenta del obligo				
Enrojecimiento del muñón umbilical con extensión a piel				
Sangramiento del ombligo				
Diarrea o pupú con sangre				
No orina en las primeras 24 horas				
No hace pupú en las primeras 48 horas				
Era bajo peso al nacer				

11. . ¿Consulto usted por esta enfermedad del bebé? Si ____ No _____
¿Si la respuesta es no, pregunte porque no lo llevo a consultar?

_____

_____

12. - ¿Dónde lo llevo a consultar?

_____

13. .Cuantas veces lo llevo a consultar? _____
14. ¿En casa le dio alguna medicina al bebe? Si__ No_

¿Qué tipo de medicina y que dosis?

_____
_____
_____

¿Quién se la recetó?

_____

15. .Fue hospitalizado él bebe durante su enfermedad? Si ___No___

Si, la respuesta es no, ¿pregunte por qué?

_____
_____
_____

¿Si la respuesta es "si", especifique dónde y por cuánto tiempo estuvo ingresado y que le dijeron que tenía?

_____
_____
_____

16. De que cree usted que murió el bebé?

_____
_____

17. ¿Cuánto tiempo se tarda para llegar a la unidad de salud más cercana?

_____

18. ¿Cuánto tiempo se tarda para llegar al hospital más cercano:

_____

19. Conclusiones:

_____
_____
_____
_____
_____

Nombre, Firma y sello de los responsables de realizar la autopsia

Anexo 12.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formulario de autopsia verbal infantil y de la niñez

- Fecha de la entrevista:
  _____

Datos generales

- Nombre de persona entrevistada: _____

- Parentesco con el (la) fallecida:
  _____
- Nombre del fallecido (a)
  _____
- Fecha de nacimiento: _____Fecha de defunción: _____

- Edad al fallecer: _____

Datos de determinantes sociales de los padres:

- Escolaridad: _____Estado civil: _____Ocupación: _____
- Nivel socio económico: _____ Vivienda: _____
  Servicios básicos: _____
- Número de miembros del grupo familiar: _____
- Acceso geográfico: _____-
- Tipo de riesgo social(menciónelo):_____

Resumen sobre la enfermedad que llevo al bebé a la muerte

1-Describa que molestias presento la niña o el niño desde que empezó a ponerse enfermo:
empezar por el día y hora que empezó a ponerse enfermo la niña o niño y tratar de seguir en orden cronológico

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

_____

2-¿Si murió en el hospital. ¿ De qué enfermedad le dijeron que se murió¿
_____
_____
_____

3.- Marque con una "X" la casilla que describe los síntomas presentados:

Síntomas	Sí	No	Duración(días)	Inicio (fecha)
Convulsiones				
Letárgico o inconsciente				
Se mueve menos que lo normal				
Fiebre				
Abombamiento de la fontanela				
Respiración Rápida				
Tiraje grave				
Aleteo nasal				
Ruidos raros al respirar				
Supuración de oídos				
Pústulas en el cuerpo				
Diarrea				
Vómitos				
Vómitos con sangre				
Heces con sangre				
Distención abdominal				
Dejó de orinar				
Dejó de alimentarse				
Sangramiento de alguna parte del cuerpo				
Golpe o caída				
Pérdida de peso				
Palidez				

4- ¿En casa le dio alguna medicina al bebé?
Si _____ No_____
5-que tipo de medicamento le dio:
_____
_____
6- ¿Durante la enfermedad de la niña o el niño, lo llevo a consultar?
Si ____ No _____
7– ¿Dónde quien o quienes lo llevo a consultar?
_____
Promotor de salud: _____ Médico MINSAL: ____Médico FOSALUD: ____
Médico particular: _____ISSS_____ Otro: _____
8. ¿Cuantas veces lo llevó? _____
9. ¿Qué indicaciones le dio?
_____
_____

_____-
_____
_____
10- De las indicaciones que le dio, usted las cumplió: Sí____No:_____Cuales
_____
_____
_____

11-¿Le recetó algún medicamento describa cual y cuanto le daba por día ?
_____
_____
12. ¿Le dio indicaciones de regresar? Si ____ No_____
13. ¿Lo refirió para algún hospital? SI____ NO____
14.- Lo llevó usted al Hospital? SI_____NO_____A donde lo llevo_____
que le dijeron_____

15.- Cuanto tiempo se tarda para llegar a la unidad de salud más cercana:
_____
16.- Cuanto tiempo se tarda desde su casa para llegar al hospital más cercano_____
17-Que medio de transporte utiliza para llegar al establecimiento de salud?
_____
_____
18-Tuvo necesidad de transportar al niño al niño o niña de noche: Sí___No: _____Si tuvo necesidad como lo hizo
_____
_____
_____
19.- Si el niño no recibió atención medica porque no la recibió?:
_____
_____
_____
20- ¿Donde murió el niño, niña? _____

21- Conclusiones :
_____
_____

Nombre, Cargo y Firma de quienes realizaron la autopsia verbal

Anexo 13.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Acta de Reunión de Comité de MMPNIYN

Acta n.°:	Fecha:	Hora de inicio:	
Institución del SNIS:			
Lugar:			
Nombre de quien dirige la reunión:			
Nombre de los participantes anexo listado de asistencia	Procedencia SIBASI, región, hospitales	Nombre del participante	Procedencia
Ausencia de participantes:			

Agenda

Puntos de agenda	Horario	Responsable
1-Saludo y bienvenida		
2-Presentación y aprobación de agenda		
3-Lectura de acuerdos anteriores		
4-Presentación por puntos de interés por nivel de atención		

Desarrollo de la agenda

Punto 1.
Punto 2:
Punto 3:
Punto 4:

Acuerdos :

Anexos: ver Listado de asistencia

Elaborado por:	Visto bueno:
Coordinador / delegado de comité	Dirección

Matriz de Acuerdos

Puntos de agenda	Acuerdos pactados	Responsables	Periodo de ejecución	Comentarios relevantes	Cumplimiento

Todos los acuerdos pactados deben llevar seguimiento al cumplimiento mensualmente .

Anexo 14.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Formato de resumen de caso de morbilidad y mortalidad perinatal, infantil y niñez

Identificación

Fecha del informe: _____

Número de expediente: _____

Establecimiento de salud_____

Nombre del paciente:_____Edad: _____

Peso: kg:_____Talla/longitud cm:_____

Nombre de la madre o responsable:_____

Número expediente materno (en caso de ser muertes fetales o neonatales)_____

Domicilio: _____

Lugar de ocurrencia de muerte:

Hospital [ ] Unidad de Salud [ ] Comunitaria [ ] Nombre del lugar de la muerte: _____

Tipo de muerte: Fetal [ ] Menor 8d [ ] 8 a 28 d [ ] 29 d a < 1ª [ ] 1 a < 5 a [ ] 5ª<12 [ ]

Fecha de nacimiento:_____

Fecha y hora defunción:_____

Antecedentes perinatales: (en caso de ser muertes fetales o neonatales)

Fórmula obstétrica: G_ P_ P_A_ V_FUR: _____ FUP:_____
Edad gestacional:_____ semanas.
Control prenatal: Si_____No_____Número de controles: _____
Lugar del control prenatal:_____
Lugar de atención de parto: Hospital [ ] CEM [ ] Unidad de Salud [ ]Comunidad [ ] Nombre del lugar: _____
Tipo de parto: Vaginal [ ] Cesárea [ ]
Complicaciones en el parto:_____
Peso al nacer:_____Longitud:_____ PC:_____
Recibió reanimación: si _____no_____
Patologías en el embarazo: si __no__Especifique: _____
Parto: si _____no_____Especifique: _____
Recién nacido: si ____no_____-Especifique:_____
Fecha del último control:_____
Referencia para atención de parto:Si____ no_____Edad gestacional_____
Lugar a donde se refirió:_____
Cumplió con referencia: Si_____No_____

Antecedentes de atenciones recibidas en el establecimiento:

Inscripción en el programa infantil: Si ___ No___edad de inscripción_____

Número de controles infantiles_____Completo para la edad Si___No___

Número de consultas previas _____

Enfermedades por la que consultó:_____

Referencias previas: Si _____ No_____

M o t i v o :_____

_____

Ingresos hospitalarios: Si_____No_____Fecha de último ingreso_____

Vacunación completa para la edad: Si_____No _____Estado nutricional:_____

Tendencia del crecimiento: Adecuada _____No adecuada_____

Problemas del desarrollo: Si _____ No _____Cuales:_____

Signos de violencia intrafamiliar: Si_____ No_____Cuales: Maltrato físico _____Maltrato Emocional _____Negligencia _____Abandono _____Violencia sexual____

Antecedentes de patologías crónica o anomalías congénitas_____

Resumen clínico de morbilidad que lo llevo a la muerte:

_____

_____

_____

_____

Debilidades identificadas en el proceso de atención (incluye todas las atenciones recibidas en el Proceso de atención:

_____

Diagnósticos de fallecimiento:

Causa final: _____

Causas antecedentes:_____

Causa básica:_____

Causas no médicas que estuvieron presentes: (demora)

¿Se reconoció el problema con prontitud por parte de la familia?: Si ____ No ____

¿Buscaron los responsables del niño ayuda oportuna por personal capacitado? Si___ No ____

¿El personal de salud reconoció el problema con prontitud? Si _____ No _____

¿Le dieron referencia? Si _____ No _____Fecha: _____

¿En caso de haber recibido referencia, la hizo efectiva? Si _____No ____

F e c h a : _____

¿En caso de no haberlo hecho, existieron obstáculos para cumplirla? Si ___No ___

Cuales: _____

¿Fueron las creencias y prácticas culturales barreras para buscar atención medica?
Si _____ No _____Cuales: _____

¿Existe algún documento de referencia médica en el expediente clínico? Si ___No___

Demora que prevaleció:_____

Conclusiones

_____

_____

Plan de mejora:

Problema encontrado	Causas identificadas	Actividad de mejora	Resultado o meta	Fecha de realización	Medios de verificación	Recurso responsable

Otros datos:_____

_____

_____

_____

Firmas y sellos de los integrantes del comité de vigilancia que participaron:

Anexo 15.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Informe final de mortalidad perinatal, infantil y de la niñez

(Para la realización del informe final, es necesario contar con autopsia verbal y resumen de expediente clínico y análisis de revisión de expedientes clínicos. Si es auditoria hospitalaria se debe contar con el expediente del establecimiento).

Datos generales:

Fecha de revisión de caso: _____fecha del informe: _____
Región de Salud: _____
Establecimientos involucrados en la atención:
_____
_____.
Responsable de generar el informe: _____

Identificación

Nombre del paciente: _____ Número de CUN: _____
Domicilio: _____
Edad de defunción: _____ Peso kg: _____talla/longitud cm: ____ cms
Sexo: ____
Nombre de la madre o responsable: _____
Número de expediente materno: _____

(En caso de ser muertes fetales o neonatales)

Lugar de ocurrencia de muerte: hospitalaria [ ] comunitaria [ ]
Nombre del lugar de la muerte: _____
Tipo de muerte: Fetal [ ] Menor 8dias [ ] 8 a 28 d [ ] 29 d a menor 1ª [ ] 1 a menor 5 a [ ] de 5 menor 12 [ ]
Fecha de nacimiento: _____
Fecha y hora defunción: _____

Antecedentes obstétricos: (aplica solo para muertes perinatales y neonatales)

Edad materna: _____Fórmula obstétrica: G__ P__ P__A__ V___
Recibió atención preconcepcional: Si _____ No ____
Cuantos meses previos al embarazo: _____ Recibió ácido fólico. _____
FUR: _____ FPP: _____
Edad gestacional por USG: _____
Control prenatal: básico ___Especializado: ___
Número de controles: ___ Lugar. _____
Embarazo Múltiple Si _____ No ____
Patología materna durante el embarazo: Si ___ No ___ Cuales: ____
Estado nutricional al inicio de embarazo _____ Número de USG obstétricas ____
Número de perfiles realizados: _____
Drogas durante el embarazo: _____
Fue referida a ingreso a hospital durante el embarazo: ____ Por qué?
_____
_____
_____

Trabajo de parto:

Duración de trabajo de parto: _____Inducido/ conducido: _____Espontáneo_____
Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto: _____
Resultado_____
_____
Vía de evacuación: _____ Si, fue abdominal, indicación de la cesárea: _____
Lugar de atención de parto: _____

Recién nacido:

Fecha y hora de nacimiento: _____
Apgar 1 min: ____ , 5 min: ____ Peso al nacer:___g Longitud: ____cm. P.C.:____cm
Reanimación al nacer: si___ no ____ Tipo de reanimación:
_____
_____
_____
Edad gestacional al nacimiento: _____semanas
Anomalías congénitas: _____ Cuál? _____
Se ingresó inmediatamente al nacimiento: ____ Por qué?_____
Paso a alojamiento conjunto: _____
¿A los cuantos días fue dado de alta? _____
Historia clínica resumida: (incluye evolución del proceso de atención en cada establecimiento de la RIIS en forma cronológica y debe ser un resumen ejecutivo con los datos de mayor relevancia)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
____

Debilidades encontradas en el proceso de atención en la RIIS (detallando las debilidades en cada uno de los establecimientos involucrados).
_____
_____
_____
_____

Diagnósticos de fallecimiento pos auditoria:
Causa final: _____
Causa antecedente: _____
Causa antecedente: _____
Causa básica: _____

Grado de prevenibilidad
Prevenible _____ No prevenible_____
Demoras (explique)
Demora 1: [ ] _____
Demora 2: [ ] _____
Demora 3 [ ] _____

Análisis con base a eslabones críticos neonatales /perinatales

Eslabones	Atenciones preventivas			Atenciones del evento de evento critico		
	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Amarillo	Verde
Comunitario						
Atención de alto riesgo reproductivo						
Atención Preconcepcional						
Control prenatal						
Atenciones por morbilidad						
Atención del parto						
Atención inmediata del Recién Nacido						
Puerperio						
Referencia, retorno e interconsulta						
Traslado						
Atenciones hospital 2º nivel						
Atención hospital de tercer nivel.						

Análisis con base a eslabones críticos infantil y de la niñez

Eslabones	Atenciones preventivas			Atenciones del evento de evento critico		
	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Amarillo	Verde
Comunitario						
Control Infantil						
Atenciones por morbilidad						
Referencia, retorno e interconsulta						
Traslado						
Atenciones hospital 2º nivel						
Atención hospital de tercer nivel.						

Conclusiones:

_____
_____
_____
_____

Recomendaciones por niveles de atención

_____
_____

Plan de Mejora debe ser en todos los niveles y establecimientos involucrados

Problema encontrado	Causas identificadas	Actividad de mejora	Resultado o meta	Fecha de realización	Medio de verificación	Recurso responsable

Firmas de miembros del comité de vigilancia de morbimortalidad que participaron en la auditoría.

Anexo 16

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
formato resumen de mortalidad materna /morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)

I. Datos generales

Muerte materna ☐ MMEG ☐
Fecha del informe: día: _____ mes: _____año_____
Nombre de establecimiento:
_____
SIBASI: _____Región de salud: _____
Número de expediente: _____
Nombre completo de la paciente: _____
Domicilio (Dirección completa y teléfono): _____
_____
_____
Edad: _____ Peso_____ Kg Talla: _____ IMC_____
Formula obstétrica: G: ___ P: ___ P:___ A:___ V:____
FUR: ___/_____/_____ FPP: ____/_____/_____ Semanas de gestación según USG: _____
Amenorrea: _____ Semanas. FUP: ___/____/____
Cesárea previa: Sí___ No _____ n.° de cesáreas: _____
Motivo por el que consultó: _____
Muerte materna: Ante Parto ☐ Intra parto ☐ Pos parto ☐ Aborto ☐ Embarazo ectópico ☐
Referida Si ☐ No ☐
Hospital que refiere: _____
Diagnóstico de referencia: _____
Motivo de referencia: _____
Condición de cómo se recibe: Sin complicaciones ☐ Con complicaciones ☐ Inestable ☐
Hubo atención en hospital de paso: _____
Fallece durante el traslado: SI ☐ NO ☐
Existieron demoras para el traslado, especifique:
_____
Lugar donde llevaba controles prenatales: _____
Número de controles prenatales: _____ Básico: ☐ Especializa ☐

II. Datos hospitalarios

Fecha y hora de ingreso: _____/____/_____ _____:_____
Fecha y hora de egreso: _____/_____/____ _____:_____
Tiempo de estancia en el hospital: horas _____ días _____
Se activo algún código: Rojo ☐ Amarillo ☐ Naranja ☐

Signos vitales: TA:	FC:	FR:	T°:	Sat O_2:
Peso:	Talla:		IMC:	
G__P__P__A__V__	FUR: ___/___/___	FPP: ___/___/____	Amenorrea: __ semanas	
Semanas de gestación según 1ra USG: (temprana 20)		FPP según USG:		
Breve resumen en orden cronológico de todos los eventos sucedidos Colocar datos de manejos de líquidos, incluyendo politransfusion, re intervención quirúrgica, uso de aminas y necesidad de ventilación mecánica.				
Descripción de accidentes en el momento del nacimiento:(desgarros, retención de placenta, inversión uterina, atonía uterina entre otros) describa:				
Reporte de exámenes de laboratorio:				
Reporte de exámenes de gabinete:				
Interconsultas con otras especialidades:				
Diagnóstico de Muerte Materna (llenar si el reporte es de este evento)	Causa final:			
	Causa antecedente:			
	Causa básica:			
Diagnóstico de MMEG (llenar si el reporte es de este evento):				

III. Descripción del evento crítico

Atención brindada por:

Ginecoobstetra: ☐	Residente GO: ☐	Médico general: ☐	Médico servicio social: ☐
Enfermeras: ☐	Otros: ☐	Especifique:	

A su ingreso:

IV. datos adicionales:		
Persona recién nacida	Recién nacido 1	Recién nacido 2
Presentación fetal:		
Apgar (1-5 min):		
Peso (gramos:		
Longitud:		
Sexo:		
Nació vivo o muerto:		
Condición actual del recién nacido		

V. Dificultades durante el proceso de atención

Enumerarlas en orden de importancia

VI. Plan de mejora

Problema encontrado	Causas identificadas	Actividad de mejora	Resultado o meta	Fecha de realización	Medios de verificación	Recurso responsable

Firmas y sellos de los integrantes del comité de vigilancia que participaron:

Anexo 17.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Informe final de mortalidad materna /morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)

Fecha del informe _____

Fecha de análisis del caso: _____

Institución del SNIS: _____

Región: _____

SIBASI: _____

Institución de donde procede la muerte materna: ISSS____MINSAL___ISBM____COSAM___

Privado_____

Alcaldía en la que se registra la muerte materna: _____

I.Información general

Nombre completo: _____
Fecha de Nacimiento: _____Edad: _____
Estado civil: _____ocupación: _____
Escolaridad: _____Estado socio económico: _____
Discapacidad: Física ☐ Mental ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Habla ☐
Dirección: _____

Departamento: _____Municipio: _____
Área: _____
Fecha y hora de fallecimiento: _____
Fecha y hora de MMEG: _____

II. Antecedentes Obstétricos

Fórmula obstétrica: G ___ P ___ P ___ A ___ V ___ FUP: ___/___/___

FUR ___/___/___ FPP ____/___/____Amenorrea _____ Semanas

Fue confirmado la FPP por ultrasonografía temprana sí _____no _____
¿Utilizaba la fallecida un método anticonceptivo antes del embarazo? sí____no ____
¿Qué método?: _____Donde le abastecían?: _____

Existió falla del método anticonceptivo: sí ____ no ____

Se detectó embarazo de riesgo: sí___no____
¿Cuál fue el riesgo? _____

Existe ficha de Plan de Parto en el expediente: sí ____no ____

III.Antecedentes personales

Antecedentes personales:

_____

Antecedentes quirúrgicos:

_____

Antecedentes Alérgicos:

IV.Parto

Vía del parto: PVN ☐ CBT ☐ Indicación: _____

Días pos parto: _____

Si falleció después del parto: inmediato: ____ mediato: ___ tardío: ___

¿Dónde tuvo el parto la señora?

ISSS_____ MINSAL_____ ISBM_____ COSAM_____ PRIVADO_____ Casa de habitación _____ Otro _____ No tuvo parto (aborto)_____

Personal que atendió el parto:

Ella sola: ____ Familiar: ____ Partera empírica: ____ Enfermera: ____ Estudiante de medicina: _____ Medico general _____ Médico especialista_____

Momento de ocurrencia: Anteparto ☐ Intraparto ☐ Pos parto ☐

Lugar del evento: Hospital ☐ Unidad de Salud ☐ Comunidad ☐
Durante el traslado ☐

Nombre del establecimiento donde fallece: _____

V. Recién nacido

Lugar donde nació el niño/: Hospitalario____ Extra hospitalario _____

Condición al nacer:

	Recién nacido 1	Recién nacido 2
Presentación fetal		
Apgar (1-5 min.):		
Peso (g.):		
Longitud (cm.):		
PC (cm)		
Sexo		
Nació vivo o muerto:		
Condición actual del recién nacido:		

Si el niño o niña falleció, ¿en qué momento? Durante el embarazo (mortinato)___
Durante el parto___Posparto____.

RN con defectos congénitos: sí ____no____

¿Cuáles? _____

Lugar donde se inició la complicación:

Casa de habitación: ____ En tránsito____En casa con partera: _____
Unidad de salud:_____ Hospital 2º nivel ____ Hospital 3° nivel: ___

VI. Consultas previas por morbilidad

Fecha de consulta	Edad	Motivo de consulta	Diagnóstico	Observaciones

VII. Resumen de atenciones prenatales

Datos médicos:

Controles	Establecimiento	Fecha	Amenorrea	Motivo de consulta	Datos relevantes	Diagnóstico
Inscripción Prenatal						
Primer control						
Segundo control						
Tercer Control						
Cuarto Control						
Quinto Control						
Sexto Control						

Cuadro resumen de signos vitales en atenciones prenatales

Fecha	Edad Gestacional	Peso	Presión arterial	FC	FR	Altura uterina	FCF	Tª	Talla	IMC

Reporte de exámenes de laboratorio

Fecha del examen	Tipo de examen	Resultado	Observaciones

Atenciones odontológica

Fecha de atención	Diagnóstico	Tratamiento	Observaciones

Vacunación

Tipo de vacuna	Fecha de aplicación	Observaciones

Referencia y retorno

Fecha de referencia	Diagnóstico Motivo de referencia	Fecha de Retorno	Establecimiento de retorno	Diagnóstico de retorno	Observaciones

Otras atenciones (nutrición /psicología)

Fecha de atención	Tipo de atención	Diagnóstico	Tratamiento	Observaciones

Vigilancia comunitaria de la embarazada (datos de promotor de salud, si aplica)

Visita	1	2	3	4	5	6
Fecha						
Semanas de amenorrea						
Peso						
Temperatura						
Presión arterial						
Signos de peligro						

VIII. Análisis del evento crítico

Ruta de atención (realizar un breve resumen de los establecimientos donde recibió atención) .

_____

_____

_____

IX. Identificando demoras

Demoras	Si	No
¿Existió el reconocimiento del peligro por la fallecida o familiares?		
¿Tuvo oportunidad para acudir a un establecimiento de salud?		
¿Había un establecimiento de salud cerca de la fallecida?		
¿Existía confianza en la red de servicios de salud?		

¿Existía una buena red de transporte y comunicación en la comunidad?		
¿En la comunidad existe promotor/a de salud?		
¿Estuvo siendo atendida por la partera?		
¿La demora fue por creencias y cultura?		
¿Existió demora por acceso geográfico y transporte?		
¿Hubo demora por barreras económicas?		
¿Detectaron la complicación tempranamente?		
¿Se cumplió el protocolo de manejo?		
¿Contaron con el recurso humano adecuado y capacitado?		
¿Contaron con el equipo necesario?		
¿Contaron con los insumos necesarios?		

¿Presenta demora en la atención en el establecimiento de salud? Sí ___ no___
¿En dónde? Unidad de salud____ Hospital de Segundo Nivel _____ Hospital Tercer Nivel_____
Especificar el nombre del establecimiento: _____

X. Eslabones críticos en la cadena de procesos

Eslabones	Atenciones preventivas			Atenciones del evento de evento critico		
	Rojo	Amarillo	Verde	Rojo	Amarillo	Verde
Comunitario						
Atención de alto riesgo reproductivo						
Atención preconcepcional						
Control prenatal						
Atenciones por morbilidad						
Atención del parto						
Atención inmediata del recién nacido						
Puerperio						
Referencia, retorno e interconsulta						
Traslado						
Atenciones hospital Segundo Nivel						
Atención hospital de Tercer Nivel.						

XI. Clasificación de la muerte

Tipo de muerte:

a. Directa
b. Indirecta
c. No relacionada

Clasificación de muerte materna según su grado de prevención

Prevenible	
No prevenible	

¿Cuál demora influyo más?

Demora 1	
Demora 2	
Demora 3	

Se hizo autopsia hospitalaria: sí____ no: ____

Si se realizó autopsia médica, escribir resultado:
_____

Otros datos contributorios al caso: _____

Llenar según CIE-10
Causa final: _____
Causa antecedente: _____
Causa antecedente: _____
Causa básica: _____

Conclusiones: _____

Recomendaciones por niveles de atención:
_____

Firma de responsable _____

XII. Plan de mejora por niveles de atención

Problema detectado o incumplimiento a los lineamientos identificado.	Compromisos	Monitoreo y seguimiento	Fecha prevista de inicio	Fecha prevista de evaluación	Recurso	Porcentaje de avance
Nombre del jefe inmediato		Firma			Fecha	
Nombre del jefe inmediato		Firma			Fecha	