Línea Basal Nacional de la Mortalidad Materna
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
República de Guatemala
FORMA A

DEBE SER LLENADA EN TODA MUJER QUE MUERA ENTRE 10 Y 49 AÑOS,
NO IMPORTA LA CUASA PRIMARIA DE MUERTE Y
SEGÚN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION DE LA MUNICIPALIDAD

Número de caso:_____ Edad:____años Fecha de defunción____/_____/_____
DIA MES AÑO

Apellido paterno:_____ Nombres: _____ _____

Lugar de Muerte:(hogar, Hospital, tránsito) :_____

Departamento de residencia:_____Municipio de residencia:_____

(escriba atrás de la hoja todos los datos que permitan identificar la dirección del hogar)

HISTORIA OBSTETRICA:

¿Se conoce la fecha de última regla? 1. Si 2. No Si Si, fecha ____/____/_____
DIA MES AÑO

Número de Gestas previas:_____ Numero de partos previos:_____

Numero de cesáreas previas:_____ Numero de abortos previos:_____

Número total de hijos (vivos y muertos):_____

Fecha ultimo parto o aborto:_____/_____/_____edad del último hijo ___años____meses
DIA MES AÑO

Hay historia en los datos analizados, de embarazo en el último año, antes de la muerte:
1. SI 2. NO

Según la entrevista con la familia cree usted que la señora estaba embarazada antes de morir: 1. Si 2. No 3. Sospechoso 4. No sabe

Diagnostico primario de muerte (según certificado de defunción):_____

Diagnostico primario de muerte según entrevista:_____

Es una muerte materna: 1. Si 2. No

Línea Basal Nacional de la Mortalidad Materna
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
República de Guatemala

FORMA B

AUTOPSIA VERBAL.

CUESTIONARIO INDIVIDUAL SOBRE CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Se llenara únicamente en las muertes maternas que ocurren en domicilios por sospecha de Hemorragia, Infección o problemas hipertensivos del embarazo.

Numero de Caso:

Numero de certificado de defunción: fecha de entrevista: _____/_____/_____

DIA MES AÑO

DATOS GENERALES:

Familiar o persona cercana entrevistada:

_____

(Quien informa)

Parentesco con la difunta:

_____

Lugar donde ocurrió la muerte:

_____

Fecha de la defunción: _____/_____/_____

DIA MES AÑO

Nombre de la paciente muerta:

_____

Edad al morir: _____ en años cumplidos.

Describa algún comentario especial referente a los últimos momentos de vida (completo al final de la entrevista):

_____

_____

_____

_____

Diagnostico final de muerte (según hallazgos de autopsia verbal):

_____

_____

_____

HEMORRAGIA:

SI LA CAUSA INMEDIATA (PRECIPITANTE) DE LA MUERTE, MATERNA FUE HEMORRAGIA O RELACIONADO CON HEMORRAGIA: (no se refiere a la hemorragia post-parto que es normal, que puede ser hasta 500cc.)

1. La señora que murió presento mucha hemorragia vaginal, antes de morir:

   SI NO

   Si la pregunta anterior es SI, continué con pregunta numero 2 si no pase a pregunta numero 9

2. Durante que momento fue la hemorragia vaginal que presento la señora:

   a. Antes del parto.
   b. Durante el parto.
   c. Después del parto.
   d. Antes del aborto.
   e. Durante el aborto.
   f. Después del aborto.
   g. Otros. (especifique):_____

3. ¿Cuáles fueron las características de la hemorragia?

   a. Muy roja.
   b. Negra
   c. Con coágulos.
   d. Otras, (especifique):_____

4. La cantidad de hemorragia le mojo:
   a. Su ropa.
   b. La ropa de cama.
   c. El suelo del cuarto.
   d. Todas las anteriores.

Si la hemorragia empezó antes del parto:

5. ¿tiene ella dolor mientras había hemorragia?:
   SI NO
6. Si ella tuvo dolor, empezó el dolor antes de empezar los dolores de parto?
   SI NO
7. ¿Presento sangrado vaginal durante el embarazo?
   SI NO

Si el dolor se presento antes de los dolores de parto:

8. Tenia ella una operación cesárea en su parto anterior?
   SI NO
9. ¿Se uso algún tipo de instrumento para ayudar al parto?
   SI NO
10. ¿Murió la señora antes de que naciera el bebé?
    SI NO

Si la hemorragia ocurrió durante el trabajo de parto:

11. ¿tuvo la señora algún examen vaginal durante el trabajo de parto?
    SI NO
12. ¿Si, aumento este examen la hemorragia por la vagina?
    SI NO no se explica.
13. ¿Cuántas horas (mas o menos) estuvo la señora en trabajo de parto?
    _____horas.
14. ¿Le dieron por la boca o le inyectaron alguna droga antes o durante el trabajo de parto?
    SI NO

Si la hemorragia empezó después del parto:

15. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento del bebe nació la placenta?
    _____ _____Horas (01 = a menos de 01 horas)
16. ¿Existió algún problema con el nacimiento de la placenta?
    SI NO
17. Después del parto ¿fue fácil la salida de la placenta?
    SI NO

Si la respuesta es NO, Porque?

a. Si se trabo la placenta

b. Se obtuvo por pedazos la placenta
c. Se le quitaron los “dolores de parto”
d. Estaba muy débil la señora

18. Podría calcular usted, más o menos la cantidad de sangrado que la difunta tuvo:
    a. Medio vaso
    b. Un vaso
    c. Más de un litro
    d. Más de dos litros

19. Se uso alguna medicina para (quitar) la hemorragia vaginal:

    Si
    No
    No sabe

    Si la respuesta es SI. ¿Cuál?
    (especifique):_____

20. Se le realizo algún tipo de masaje uterino:

    Si. Cual:_____
    No
    No sabe

21. La difunta presento alguno de los siguientes signos y síntomas:

Palidez	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO
Sudorosa	SI	NO

22. En sus propias palabras. Digame que es lo mas importante que recuerda usted de la hemorragia vaginal que presento la difunta:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

FIEBRE:

SI LA CAUSA INMEDIATA (PRECIPITANTE) DE LA MUERTE MAETERNA FUE LA FIEBRE O RELACIONADA CON FIEBRE: (no se refiere a los escalofríos presentes en el post-parto)

23. ¿ La señora que murió presento mucha fiebre, antes de morir?

SI NO

Si la respuesta anterior es SI continué con pregunta numero 24, si no pase a pregunta numero 45:

a. Antes del parto
b. Durante el parto
c. Después del parto
d. Antes del aborto
e. Durante el aborto
f. Después del aborto
g. Otros, (especifique):_____

Si la respuesta anterior está relacionada con el aborto,

24. ¿Quién atendió a la difunta?
    a. Medico
    b. Comadrona
    c. Enfermera / o
    d. Otro personal de salud, (especifique): _____
    e. Otro (no personal de salud), especifique:_____
    f. No corresponde.

25. ¿Había atado la difunta con otra enfermedad que la daba fiebre durante el embarazo?

SI NO

26. ¿Cuántas horas estuvo en trabajo de parto? (desde el primer dolor hasta el parto)

_____ _____ horas (01= menos de una hora)

27. ¿Fue usado algún instrumento para la atención del parto?

SI NO

28. ¿Cuáles fueron las características de la fiebre?:
    a. Temblaba SI NO
    b. Sudaba SI NO
    c. Deliraba SI NO
    d. Otras, (especifique):_____

29. Presento manchas o moretes en la piel, durante el periodo de la fiebre?

SI NO

30. La madre presento dificultad respiratoria, tos y flemas con pus?

SI NO

31. Presento antes de morir, problemas al orinar:

SI NO

Si la respuesta fue SI, que características presentaba?:

a. Dolor dorso lumbar SI NO
b. Ardor SI NO
c. Dificultad al orinar SI NO
d. Orina de aspecto turbio SI NO
e. Orina con sangre SI NO

32. Durante la fiebre la señora ¿padeció convulsiones?:

SI NO

33. Presento alguno de los siguientes síntomas o signos durante la fiebre?

a. Cefalea si no
b. Visión borrosa si no
c. Coloración amarilla de la piel si no
d. Coloración amarilla de las conjuntivas si no

34. Sabe usted si se le rompió la fuente antes del nacimiento del recién nacido?

SI NO NO SABE

Si la respuesta anterior es SI, continué con pregunta numero 35, si no pase a la pregunta numero 37?

35. En que momento se le rompió la fuente?

Antes del parto Durante el parto.

36. Cuanto tiempo antes del parto?

_____minutos _____horas _____días

37. Presento la difunta mal olor vaginal antes de morir?

SI NO

38. Se presento salida del cordón umbilical o algún miembro del recién nacido previo al parto?

SI NO

Si la respuesta anterior es SI, continué con pregunta numero 39, si no pase a la pregunta numero 40.

39. Cuanto tiempo antes del parto?

    a. 6 horas
    b. 12 horas
    c. 24 horas
    d. Más de un día

40. Presentaba infección a nivel de mamas antes de la muerte de la madre?

    SI NO NO CORRESPONDE / NO SABE

41. Utilizaron algún medicamento para bajar la fiebre antes de la muerte de la madre?

    SI NO

Si la respuesta anterior es SI, continué con pregunta numero 42, si no pase a la pregunta numero 43.

42. Especifique, cual/o
    Cuales?_____
    _____
    _____

43. Padecía de dolores articulares que ameritaron tratamiento médico?
    Si
    No
    No sabe

44. En sus propias palabras, dígame que es lo más importante que recuerda usted de la hemorragia de la difunta:
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

CONVULSIONES: (ECLAMPSIA O PREECLAMPSIA)

SI LA CAUSA INMEDIATA (PRECIPITANTE) DE LA MUERTE MATERNA FUERON CONVULSIONES O RELACIONADA CON CONVULSIONES.

45. ¿Padecía de ataques o convulsiones antes del embarazo?
    SI
    NO
    NO SABE
46. ¿Padeció de ataques o convulsiones en este embarazo?
    SI
    NO
    NO SABE
47. Momento en que se presentaron.
    Antes del parto
    Durante el parto
    Después del pato
48. ¿Tenía la señora hinchada las piernas durante el embarazo?
    SI NO
49. ¿Tenía la señora hinchada la cara durante el embarazo?
    SI NO
50. ¿Se quejaba la señora de visión borrosa durante el embarazo?
    SI NO
51. ¿Padecía de algún déficit mental o neurológico?
    SI NO NO SABE
52. ¿Padecía de problemas del corazón?
    SI NO NO SABE
53. ¿Padecía de presión alta?
    SI NO NO SABE
54. ¿Padecía de varices en miembros inferiores?
    SI NO NO SABE

55. ¿Le fue tomada la presión arterial en algún momento antes de la muerte?
    SI NO NO SABE

56. ¿Sabe usted, si tenía algún tratamiento, para las convulsiones?

SI NO NO SABE

Si la respuesta anterior es SI , ¿Cuál?,

Especifique:_____

_____

_____

57. ¿Sabe usted se presento alguno de los siguientes síntomas o signos antes de morir?:

a. Dolor abdominal si no
b. Visión borrosa si no
c. Orina con sangre si no
d. Sangre de nariz si no
e. Moretes si no
f. Edema si no
g. Pérdida de visión si no

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y FACTORES CONTRIBUYENTES CON LA MUERTE MATERNA

58. Existe centro, puesto u hospital cercano del domicilio de la difunta?

    SI NO NO SABE

59. A qué distancia esta el mas cercano?

    _____Kms.

60. Sabe usted si existió la necesidad de trasportar a algún lugar asistencial a la difunta antes de su muerte?

    SI NO NO SABE

61. Si la respuesta anterior es SI, existía el transporte para el traslado de la difunta antes de la muerte?

    SI NO

    Si, cual?:_____

62. ¿Fue la gravedad del problema reconocido por algún familiar?

    SI NO

63. ¿Quién reconoció la gravedad del problema que estaba relacionado con la muerte?

_____

_____

64. ¿Se decidió en algún momento buscar asistencia de los servicios de salud?

    SI NO

65. ¿Fue llevada a un centro asistencial antes de morir?

    SI NO

66. ¿Razones por las cuales no fue llevada a un centro asistencial?

    a. Por difícil acceso y / o carencia de transporte.
    b. Por desconocimiento de que existía un centro asistencial
    c. Por falta de recursos económicos.
    d. Por no existir persona que acompañe a la madre.
    e. Otro (especifique):_____

67. En sus propias palabras dígame que es lo más importante que recuerda usted respecto al traslado de la difunta al centro asistencial, antes de morir:

_____

_____

_____

_____

_____

Apellido del entrevistador:_____

Nombre del entrevistador:_____