









### Formulario de recolección

#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

ección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09 1. DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA **FECHA DE DEFUNCIÓN** # CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 1.1 Tipo de documento \* 1.2 Número de identificación \* ORC OTI OCC OCE O sc O CD O DE O PT O PA  $\bigcirc$  MS O AS O PE O CN \*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | - PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL 1.3 Nombres y apellidos \* 2. DATOS GENERALES DEL ANÁLISIS 2.1 Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) 2 2 Hora de inicio 3. FACTORES RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO **3.2 Tipo de régimen en salud** O C. Contributivo O S. Subsidiado O P. Excepción O E. Especial O N. No Asegurado 3.3 Grupos poblacionales a los que pertenece el paciente Personas en condición de discapacidad Migrantes Población infantil a cargo del ICBF Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada Personas privadas de la libertad Habitantes de la calle ■ Madres comunitarias Otros grupos poblacionales ☐ Centros psiquiátricos 3.4 Años de escolaridad que aprobó la mujer fallecida O 1. Preescolar O 5. Media técnica O 9. Profesional O 13. Ninguno O 2. Básica primaria O 6. Normalista O 10. Especialización O 14. Sin información O 3. Básica secundaria O 7. Técnica profesional O 11. Maestría O 4. Media académica o clásica O 8. Tecnológica O 12. Doctorado 3.5 ¿Alguna vez la mujer fallecida manifestó deseos de quererse morir por estar embarazada? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe 3.6 Las decisiones tomadas en la familia dependían principalmente de O 1. La mujer fallecida O 5. El padre de la mujer fallecida O 9. Los padres del cónyuge O 2. El cónyuge o compañero permanente O 6. Los padres de la mujer fallecida O 10. Otros miembros de la familia O 3. La mujer fallecida y su cónyuge O 7. La madre del cónyuge O 11. La mujer fallecida y su familia O 4. La madre de la mujer fallecida O 8. El padre del cónyuge O 12. No sabe 3.7 ¿Durante la entrevista se observa vivienda con servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas)? O 1. Si O 2. No O 3. No se tiene acceso a la vivienda 3.8 ¿Durante la entrevista familiar se observa vivienda con presencia de basuras, roedores, inadecuada eliminación de excretas? O 1. Si O 2. No O 3. No se tiene acceso a la vivienda 3.9 ¿Durante la entrevista se evidencia hacinamiento? O 2. No O 3. No se tiene acceso a la vivienda 3.11 ¿Por qué no usaba ningún método para regulación de la fecundidad? 3.10 Si durante la complicación que llevo a la muerte, la mujer fallecida tuvo barreras para acceder al servicio de salud, estas fueron O 1. Por creencias religiosas O 1. Económicas O 8. No sabe O 2. Oposición del compañero u otro familiar O 2. Geográficas O 6. Otra O 3. No quería porque estaba buscando la gestación O 3. Culturales O 4. De orden público O 4. No lo consideraba importante O 5. No tuvo acceso O 5. Administrativas O 6. Ninguna O 7. No aplica 3.12 ¿La mujer fallecida siguió las instrucciones dadas en la consulta preconcepcional? 0 1. Si O 2. No O 3. No sabe 3.13 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejo de asistir a alguna cita? 3.14 Si no buscaron avuda médica. ¿Cuál/es fueron la/s razón/es? O 1. Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros O 1. Es leiano del sitio de atención O 2. Falta de confianza en el centro de salud / hospital O 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo O 3. Por falta de recursos económicos O 3. Temor por haberse hecho un aborto O 4. Falta de dinero para transportarse O 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud O 5. Porque no lo consideró importante O 5. Tener que pagar la atención O 6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo O 6. Falta de medio de transporte en esos momentos O 7. El servicio de salud está cerrado O 7. Leianía del centro de salud/hospital O 8. Problemas de orden público O 8. Problemas de orden público O 10. No aplica O 9. Oposición familiar O 11. No sabe O 11. No sabe O 12. No aplica O 9. Otro O 10. Otra

O 1. Si

O 2. No

O 3. No sabe

Correo: sivigila@ins.gov.co

3.15 ¿Consideraban que el problema de salud podría ocasionarle la muerte?











### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA									
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	FECHA	A DE DEFUI	NCIÓN		/		]/[		
Tipo de documento *			Número	de ide	ntificac	ión *			`
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN O	CD OSC ODE	ОРТ							
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJEF CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCON	ÍA  - PA : PASAPORTE   MS	: MENOR SIN ID	AS : ADULT	O SIN ID	PE : PERMIS	SO ESPEC	IAL DE PEI	RMANENC	CIA
CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNE DIPLOMATICO   SC: SALVOCONDUCTO   DE: DOCUMENTO EXTRANJERO   PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  Nombres y apellidos *									
3. FACTORES RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO									
3.16 Si durante el embarazo, parto o puerperio la mujer fallecida tuvo demoras pa acceder a la atención en salud, fue a raíz de		7 Si durant imenes a la						iron	
O 1. Tardó en solicitar la autorización a la aseguradora O 7. No aplica		O 1. Si pud	o acceder						
O 2. La aseguradora tardó en realizar la autorización		O 2. Si pud	o acceder	fuera de	l tiempo p	para rea	alizar el d	diagnós	tico
O 3. No se autorizó por parte de la aseguradora		O 3. No se	realizó la g	jestión p	ara acce	der a los	s exáme	nes	
O 4. Se autorizó, pero la gestante no accedió al servicio		O 4. No pu	do acceder	porque	le negaro	on la au	torizació	n	
O 5. No estaba afiliada		O 5. No asi	stió a la cit	a agend	lada				
O 6. No presentó demoras para acceder a la atención		O 6. No solicitaron exámenes							
4. FACTORES RELACIONADOS	CON LA FAMIL	IA Y LA C	OMUNI	DAD					
4.1 ¿Durante el embarazo, parto o puerperio la mujer fallecida necesitó ayuda de una red de apoyo comunitario (Comités de salud comunitarios, Asociación de mujeres, Juntas de acción comunal, entre otras) pudo acceder a ella?	4.2 ¿La mujer de salud u hos	fallecida ob pital, defen	tuvo respu sa civil, cr	uesta de uz roja,	e la ayuda , entre ot	a solicit	tada (Po	olicía, C	Sentro
O 1. Si O 3. No existen redes de apoyo comunitario	0	1. Si			O 3. No	aplica	l		
○ 2. No necesitó ayuda ○ 4. No sabe	0	2. No			O 4. No	sabe			
4.3 Si durante la complicación que llevo a la muerte, la mujer fallecida tuvo barreras para acceder al servicio de salud, estas fueron	O 2. G	conómicas eográficas		0	4. De o 5. Adm	inistrat			
	O 3. C	ulturales		0	6. Ning	juna			
4.4 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejo de asistir a alguna cita?	4.5 Si no bus	caron ayud	a médica,	¿Cuál/e	s fueron	la/s raz	zón/es?		
O 1. Es lejano del sitio de atención	○ 1. Idea o	de que los :	síntomas	eran no	ormales	o pasa	ijeros		
O 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo	O 2. Falta	O 2. Falta de confianza en el centro de salud / hospital							
<ul> <li>3. Por falta de recursos económicos</li> </ul>	O 3. Temo	r por habe	rse hecho	un abo	orto				
<ul> <li>4. Por experiencias negativas con el servicio de salud</li> </ul>	O 4. Falta	de dinero p	oara trans	portars	e				
O 5. Porque no lo consideró importante	O 5. Tener	que pagai	r la atenci	ón					
<ul> <li>6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo</li> </ul>	6. Falta de medio de transporte en esos momentos								
O 7. El servicio de salud está cerrado	O 7. Lejanía del centro de salud/hospital								
8. Problemas de orden público	O 8. Proble			со					
O 10. No aplica	O 9. Opos		ar						
O 11. No sabe	O 11. No s								
O 9. Otro	0 12. No a	•							
	O 10. Otra								
4.6 En el siguiente espacio, por favor complemente o explique las repuestas que	onsidere pertinente	s en relació	on con esta	a secció	ón				











### Formulario de recolección

### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

FOR	-R02.0000-	·089 V:00	2024-12-27			
Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y to					onfidencialidad de l	a información <b>LEY 1273/09 y 1266/09</b>
RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTI	IFICACIÓN DI	E LA MUJE	R FALLECIDA			
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			FECHA DE DEFU	JNCIÓN		
Tipo de documento *				Número	de identificaci	ión *
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS O	PE OCN	O CD O SC	O DE O PT			
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   C CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOM	CE : CÉDULA EXTRANJI MÁTICO   SC : SALVOCO	ERÍA  - PA : PASAPO DNDUCTO   DE : DO	ORTE   MS : MENOR SIN I	ID   AS : ADUL D   PT : PERMIS	TO SIN ID   PE : PERMIS SO POR PROTECCION T	SO ESPECIAL DE PERMANENCIA   EMPORAL
Nombres y apellidos *						
5. FACTORES	RELACIONA	ADOS CON	SERVICIOS D	E SALUI	ס	
5.1 ¿Por qué no usaba ningún método para regulación de la fec	cundidad?					
O 1. Por creencias religiosas	O 8. No sabe	е				
2. Oposición del compañero u otro familiar	○ 6. Otra					
3. No quería porque estaba buscando la gestación						
O 4. No lo consideraba importante						
O 5. No tuvo acceso						
O 7. No aplica						
5.2 ¿La mujer fallecida realizó consulta preconcepcional?	O 1. Si	○ 2. No	O 3. No	sahe		
5.3 ¿La mujer fallecida recibió (durante la consulta preconcepcio	onal) información	n acerca del rie	esgo de quedar en	nbarazada	dado su problem	a de salud?
O 1. Si	O 2. No	O 3. No apl	ica O 4. No	o sabe		
5.4 ¿La mujer fallecida asistió a control prenatal?	O 1. Si	O 2. No	O 3. No sal	be		
5.5 ¿La mujer fallecida recibió instrucciones o recomendacione de señales de alerta y el cuidado de su embarazo, durante el cor	•	cimiento	O 1. Si	O 2. No	O 3. N	o sabe O 4. No aplica
5.6 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejo de asistir a alg	guna cita?					
O 1. Es lejano del sitio de atención		O 7. El serv	vicio de salud est	á cerrado		
O 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo			mas de orden pú			
O 3. Por falta de recursos económicos		○ 10. No ap	•			
O 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud		O 11. No sa				
<ul> <li>5. Porque no lo consideró importante</li> </ul>		<ul><li>9. Otro</li></ul>				
<ul> <li>6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerd</li> </ul>	lo					
5.7 ¿La mujer fallecida tuvo respuesta frente a la solicitud del						
procedimiento para interrupción del embarazo?	O 1. Si	O 2. N	lo 0 3. No	sabe	O 4. No aplic	ca
5.8 La mujer fallecida tuvo barreras para el acceso a la atención	n en salud por su	cultura o idio	ma O	1. Si	O 2. No	O 3. No sabe
5.9 Consideran que el trato brindado en las Instituciones de salu todo el proceso de atención	ud fue bueno y ro	espetuoso dur	ante	1. Si	O 2. No	O 3. No sabe
5.10 Si durante el embarazo, parto o puerperio la mujer fallecida	a tuvo demoras p	ara				erperio, solicitaron
acceder a la atención en salud, fue a raíz de	7 No online				lecida, pudo acce	eder a ellos
	7. No aplica		·	ido acceder		
O 2. La aseguradora tardó en realizar la autorización			-			para realizar el diagnóstico
O 3. No se autorizó por parte de la aseguradora						der a los exámenes
O 4. Se autorizó, pero la gestante no accedió al servicio					r porque le negaro	on la autorización
O 5. No estaba afiliada					ita agendada	
O 6. No presentó demoras para acceder a la atención			O 6. No se	olicitaron ex	rámenes	
5.12 En el siguiente espacio, por favor complemente o explique	las repuestas qu	ie considere p	ertinentes en rela	ción con es	sta sección	











### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA									
# CERTIFICADO DE DE	FUNCIÓN		FECHA D	E DEFUNCIÓN		]/			
Tipo de documento *				Número	de iden	tificación '	*		
ORC OTI OCC	OCE OPA OMS OAS OPE OCN O	CD O	SC ODE	ОРТ					
*RC : REGISTRO CIVIL   TI	: TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJER : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONI	ÍA  - PA : PAS	APORTE   MS : ME	NOR SIN ID   AS : ADULT	O SIN ID   P	E : PERMISO ESF	PECIAL DE PER	RMANENCIA	
Nombres y apellidos *		DOCTO   DE .	DOCOMENTO EXT	KANJEKO   FT . FERMISC	FOR FRO	ECCION TEMPO	KAL		
6. ASPECTOS ADM	INISTRATIVOS QUE SE IDENTIFICARON COMO LIN	IITANTE	S DE LA AC	CESIBILIDAD Y/	O LA O	PORTUNID	AD EN L	A ATENC	IÓN
6.1 ¿Se presentaron dif estuvieron relacionados	icultad(es) administrativa(s) que afectaron el servicio y s con la muerte?		6.2 ¿Se autor aseguradora?	rizaron todos (los)	servicio	(s) requerid	os por par	te de la	
O 1. Si O 2. N	lo O 3. No aplica O 4. Sin información			0 1.	Si	O 2. No			
	d en la autorización relacionado con la valoración por ios, exámenes diagnósticos, tratamiento u otros requerido	s?	6.4 ¿Hubo ex	kigencia de pago p	or algún	servicio?			
0	1. Si O 2. No			0 1.	Si	O 2. No			
6.5 وHubo solicitud a la	mujer o su familia de compra de medicamentos o insumos		6.6 ¿Se prese o sub especia	entó dificultad para llista)?	a la remi:	sión a otros	profesiona	ales (espe	cialista
0	1. Si O 2. No			0 1. Si	2. No	0 3	3. No aplic	а	
6.7 ¿Se presentaron dif	icultades en el proceso de referencia y contrarreferencia?		6.8 ¿Hubo ino	portunidad en el a	icceso al	tratamiento	médico o	quirúrgic	0?
O 1. Si	O 2. No O 3. No aplica			O 1. Si	(	⊃ 2. No			
6.9 Observaciones									
	7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA	CALID	AD DE LA	ATENCIÓN PR	ESTA	)A			
	Disponibilidad de rec	urso huma	no para la atenci	ión					
7.1 ¿La mujer fallecida proceso de atención?	tuvo acceso al personal requerido durante el O 1	. Si	O 2. Si, pe	ro no fue oportun	а	O 3. No	0	4. No apli	ica
<b>,</b>	¿La mujer fallecida tuvo a	cceso al	personal req	uerido?					
	7.2 Médico general	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.3 Personal de Enfermería	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.4 Nutrición	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.5 Psicología	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.6 Trabajo Social	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.7 Ginecología y Obstetricia	o 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	7.8 Otros especialistas o subespecialidades requerida	s 0 1	. Si	o 2. No	o 3. N	lo aplica			
	Disponibilidad de medicamento:	e dienoeiti	vos mádicos v o	stroe incumos					
7.9 ¿Hubo disponibilida	ad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumo		-			○ 2. No	0 3	. No aplic	:a
nacionales e internacion	¿Hubo dispon	ibilidad d	medicamen	tos ?					
	7.10 Antibióticos (inyectables) requeridos		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.11 Medicamentos para reanimación cardio-cerebro-pul	monar	o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.12 Gluconato de calcio al 10%(inyectable, ampolla x 10n	nl)	o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.13 Antiarrítmico (digitálico)-Digoxina (inyectable)		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.14 Antihistamínicos inyectables		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.15 Vasoactivos		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.16 Diuréticos (Furosemida- inyectable)		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.17 Antagonistas de Opioides (Naloxona)		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a	aplica		
	7.18 Cristaloides (solución Hartmann, solución salina)		o 1. Si	o 2. No		o 3. No a			
	7 19 Diazenam		o 1 Si	0 2 No		0 3 No a	anlica		











### Formulario de recolección

#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

	TENALES I DE IDENTILIOAGION DE LA MIC	JJER FALLEC	IDA		
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		FECHA DE I	DEFUNCIÓN	/	/
o de documento *			Número d	e identificación	*
C OTI OCC OCE C	PA OMS OAS OPE OCN OCD C	OSC ODE O	PT		
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDE	NTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : P/ ) DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DI	ASAPORTE   MS : MENO	R SIN ID   AS : ADULTO	SIN ID   PE : PERMISO E	SPECIAL DE PERMANENCI
mbres y apellidos *	DE NACIDO VIVO   CD: CARNE DIPLOMATICO   SC: SALVOCONDUCTO   DI	E : DOCUMENTO EXTRA	NJERO   PT : PERMISO P	OR PROTECCION TEMP	ORAL
ibies y apeliidos					
	7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA CALII	DAD DE LA A	TENCIÓN PRE	STADA	
	Disponibilidad de medicamentos, dispos	itivos médicos y otro	os insumos		
	¿Hubo disponibilidad de	medicamentos ?			
7.20 Sulfato	de Magnesio inyectable	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.21 Anticon	rulsivante inyectable (fenitoína)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.22 Vasodila	ntadores (Hidralazina, ampolla x 20mg)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.23 Beta ago	onistas (labetalol)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.24 Bloquea	dores de canales de calcio (Nifedipina 10mg /30mg)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.25 Metil-erg	gonovina (inyectable ampolla x0,2mg)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.26 Oxitocin	a (ampollas x 10UI)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.27 Prostag	landina F2A inyectable	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.28 Prostag	landina E1 (Misoprostol tabl x 200mcg)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.29 Prostag	landina E2 (Dinoprostona)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.30 Morfina	sulfato	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.31 Heparina	a (fraccionada o no fraccionada)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.32 Corticoi	des (Betametasona ampolla x 4mg)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
	¿Hubo disponibilidad de <u>l</u>	hemoderivados ?			
7.33 Glóbulos	rojos	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.34 Plasma	Fresco congelado	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.35 Plaqueta	IS	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
7.36 Factores	de Coagulación	o 1. Si	o 2. No	o 3. No ap	lica
	¿Hubo disponibilidad	de <u>insumos</u> ?			
	ncluyendo angiocat 16, angiocat 18, Equipo de macro y	microgoteo)	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
7.38 Laringoscopio			o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
7.39 Dispositivos para sumini	stro de oxígeno		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
7.40 Balón de Bakri o Balón d	e Belfort Dildy o Balón guardian para hemorragia pospa	arto o Condón,	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
seda trenzada y sonda de Nel	aton N14				











### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

ste formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09 RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA						
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FECHA DE DEFUNCIÓN		/	/			
Tipo de documento * Núme	ro de iden	tificación *				
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT						
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : AD CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERI	ULTO SIN ID   P	E : PERMISO ESPEC	IAL DE PERMANENCIA			
	WISO FOR FRO	TECCION TEMPORAL	-			
Nombres y apellidos *						
7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN F	PRESTAD	DA .				
Calidad de la atención durante la consulta preconcepcional						
7.43 ¿La mujer realizó consulta preconcepcional? O 1. Si O 2. No O 3. No sabe						
7.44 ¿La mujer con alto riesgo reproductivo fue derivada para valoración por la especialidad en ginecobstetricia?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
7.45 ¿Se realizó asesoría frente a la interrupción voluntaria del embarazo durante la consulta preconcepcional?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
7.46 ¿Se solicitaron los paraclínicos indicados en el marco normativo?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
7.47 ¿Se ordenó suplementación con ácido fólico?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
7.48 ¿Se realizó control para lectura de paraclínicos y establecer las recomendaciones preconcepcionales?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
Calidad de la atención durante el control prenatal						
7.49 ¿La mujer realizó control prenatal? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No sabe						
7.50 ¿La mujer con alto riesgo obstétrico fue derivada para valoración por la especialidad requerida?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.51 ¿Se realizó asesoría frente a la interrupción voluntaria del embarazo durante el control prenatal?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.52 ¿Se solicitaron los paraclínicos indicados bajo la normatividad vigente?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.53 ¿Se formularon los micronutrientes recomendados por la normatividad vigente?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.54 ¿Se garantizó esquema de vacunación según la normatividad vigente?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.55 ¿Se intervinieron los factores de riesgo identificados durante el control prenatal?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.56 ¿La mujer con criterios de riesgo para preeclampsia recibió el tratamiento adecuado y oportuno?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.57 ¿La mujer con factores de riesgo para presentar evento tromboembólico venoso recibió el tratamiento adecuado oportuno?	y o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.58 ¿La mujer con anemia recibió el tratamiento adecuado y oportuno?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
Calidad de la atención durante la condición que la llevó a la muerte						
7.59 ¿Se identificó oportunamente la severidad de las complicaciones por parte del equipo de salud?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.60 Durante el proceso de atención de la enfermedad que llevo a la mujer a la muerte, ¿Se dio de alta en el momer adecuado?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.61 ¿Se realizaron todos los exámenes que estaban indicados de forma oportuna?	o 1. S	Si o 2. No	o 3. No aplica			
7.62 Observaciones						











#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

**RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDAD  CC: CÉDULA CIUDADANÍA   CE: CÉDULA EXTRANJERÍA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC: SALVOCONDUCTO   DE: DOCUMENTO EXTRANJERO   PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDADA   CN: CÉDULA CIUDADANÍA   CE: CÉDULA EXTRANJERÍA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC: SALVOCONDUCTO   DE: DOCUMENTO EXTRANJERO   PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDADA   CO: CÉDULA CIUDADANÍA   CE: CÉDULA EXTRANJERÍA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC: SALVOCONDUCTO   DE: DOCUMENTO EXTRANJERO   PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTISO   CO: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CÁRNÉ DIPLOMÁTICO   SC: SALVOCONDUCTO   DE: DOCUMENTO EXTRANJERO   PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTISO   CO: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC: CÉDULA EXTRANJERÍA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   **TARJETA CIVIL AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   PE: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL  **AU ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID   AS: ADULTO SIN ID		UNCIÓN	/		
### Reservation of the control of th	o de documento *	Número de	identifica	ción *	
	C OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT				
	*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN	ID   AS : ADULTO S	N ID   PE : PERM	ISO ESPECIAL D	E PERMANENCIA
		O   PT : PERMISO PO	RPROTECCION	TEMPORAL	
	nores y apeliidos "				
1. ¿La mujer presentó hemorragia obstérica?	8. ANÁLISIS SEGÚN CAUSAS				
2,86 realizó el manejo adecuada de la mujer con coagulopatías? 3,85 realizó manejo adecuada de la mujer con coagulopatías? 4,86 realizó manejo activo del alumbramiento? 4,86 realizó manejo activo del alumbramiento? 4,86 realizó manejo activo del alumbramiento? 5,81 diagnóstico de la hemorragia fue oportuno? 5,81 diagnóstico de la hemorragia fue oportuno? 7,96 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,78 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 7,98 ordenaron y administraron los de choque? 7,98 ordenaron y administraron los de la causa de la memorragia fue pertinente? 8,00 ordenaron y administraron los de la causa de la hemorragia fue pertinente? 8,00 ordenaron y administraron y ad	Hemorragia obstétrica				
3 ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento? 4 ¿Se realizó (gilancia adecuada del puerperio en las primeras dos horas, con monitoreo de signos vitales cada 15 4 ¿Se realizó (gilancia adecuada del puerperio en las primeras dos horas, con monitoreo de signos vitales cada 15 5 ¿El diagnóstico de la hemorragia fue oportuno? 6 ¿Se activó oportunamente el código rojo? 7 ¿Se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 8 ¿Se clasificó el testado de choque? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 8 ¿Se clasificó el testado de choque? 9 ¿Se identificó el indice de choque? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 10 ¿Se determinó el volumen de sangrado? 11 La reposición de los liquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 15 ¿El culdado después de la reanimación fue adecuado? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 15 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 15 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 22. ¿Se utilizado de angresio de manera oportuna? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplia 22. ¿La dosis y el tiempo de la administración del suffato de magnesio fueron las indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplica 22. ¿La dosis y el tiempo de la administración del suffato de magnesio fueron las indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplica 22. ¿La dosis y el tiempo de la administración del suffato de magnesio fueron las indicadas? 9 ó 1. Śi 0 2. No 0 3. No aplica 22. ¿La dosis y el tiempo de la administración del suffato de magnesio fueron las in	1 ¿La mujer presentó hemorragia obstétrica? O 1. Si O 2. No				
4 ¿Se realizó vigitancia adecuada del puerperio en las primeras dos horas, con monitoreo de signos vitales cada 15  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplin inutos?  5 ¿Se activó oportunamente el código rojo?  7 ¿Se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo?  7 ¿Se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo?  9 1. Si  0 2. No  9 3. No aplin 2 ¿Se clasificó el estado de choque?  9 1. Si  0 2. No  9 3. No aplin 2 ¿Se identificó el indice de choque?  9 1. Si  0 2. No  9 3. No aplin 2 ¿Se identificó el indice de choque?  9 1. Si  0 2. No  9 3. No aplin 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estruéron indicadas?  10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?  11 La reposición de los liquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  9 1. Si  9 2. No  9 3. No aplin 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estruéron indicadas?  10 ¿Se adeministraron la o las transfusiones que estruéron indicadas?  11 La reposición de los liquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  9 1. Si  9 2. No  9 3. No aplin 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estruéron indicadas?  10 1. Si  9 2. No  10 3. No aplin 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estruéron indicadas?  11 ¿La decisión para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  9 1. Si  9 2. No  9 3. No aplin 15 ¿El ciudado después de la reanimación fue adecuado?  10 1. Si  9 2. No  9 3. No aplin 15 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  12 1. Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?  13 2. La decisión par el tratamiento del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  14 2. Se didiagnóstico fue oportuno?  15 2. No  9 3. No aplica  18 2. La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  19 1. Si  9 2. No  9 3. No aplica  10 2. No  9 3. No aplica  10 3. No aplica  10 3. No	کیSe realizó el manejo adecuado de la mujer con coagulopatías?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No apli
S	3 ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No apli
Special diagnóstico de la hemorragia fue oportuno?   0 1. Si   0 2. No   -		cada 15	o 1 Si	o 2 No	o 3 No anli
6 ¿Se activó oportunamente el código rojo ? 7 ¿Se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo? 8 ¿Se delastificó el estado de choque? 9 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 8 ¿Se idastificó el estado de choque? 9 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 9 ¿Se identificó el indice de choque? 9 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 10 ¿Se determinó el volumen de sangrado? 10 ¿Se determinó el volumen de sangrado? 11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque? 10 ¿Se determinó el volumen de sangrado? 11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque? 10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas? 13 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna? 13 ¿La decisión para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente? 14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente? 15 ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado? 16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? 17 Observaciones  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 19 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 20 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 20 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas? 20 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 21 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 24 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 22 2. No 0 3. No aplica 24 ¿Se identificaron de manera oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? 23 2. No 0 3. No aplica 24 ¿Se realizó tromboprofiliaxis adecuada y oportuna durante la esta					0 0. 140 apin
7, 28e ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplis 8, 28e clasificó el estado de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplis 9, 28e identificó el estado de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplis 10, 28e determinó el volumen de sangrado?  10, 28e determinó el volumen de sangrado?  10, 28e administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  11, 28e administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  13, 24a decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna?  14, 28 procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  15, 28 e administraron de la causa de la hemorragia fue pertinente?  16, 28 e realizó tromboprofitaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  17 Observaciones  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19, 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 14. Si 0 2. No 0 3. No aplica 14. Si 0 2. No 0 3. No aplica 14. Si 0 3.					-
8 ¿Se clasificó el estado de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 10 ¿Se identificó el índice de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 10 ¿Se identificó el índice de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  10 ¿Se destinistraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  11 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna?  12 ¿Be realizó tromboprofilaxis de la reanimación fue adecuado?  13 ¿La decisión para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  15 ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?  16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  17 Observaciones  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 17 Observaciones  19 2. No 0 3. No aplio 2. No 0 3. No aplio 2. No 0 3. No aplio 3. No apli					- 0 N: "
9 ¿Se identificó el índice de choque?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?  10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  11 La reposición de los líquidos para la treanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  13 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  15 ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?  16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio			-		· ·
10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?  10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?  11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?  12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?  13 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna?  14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  15 ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?  16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  17 Observaciones  Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 2. No 0 3. No aplica o 3. No aplica o 3. No aplica o 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 2. No 0 3. No aplica o 4. Si 0 3. Si 0 3. No aplica o 4. Si 0 3.	-				
11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 13 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 15 ¿El culdado después de la reanimación fue adecuado? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplia 17 Observaciones  Trastomos hipertensivos asociados al embarazo  Trastomos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio ¿se tomó la conducta adecuada? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.25 ¿Se utilizóron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.26 ¿Se cutilizaron hodicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.02 £ Realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.03 £ Realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.03 £ Realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al e					
2	· -	a da ahamua?			
3 ¿ La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna?  4 ¿ El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  5 ¿ El cuidado después de la reanimación fue adecuado?  6 ¿ Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  7 Observaciones  Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿ La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  9 1. Si 9 2. No 0 3. No aplica de Jago de La causa de la hemorragia fue pertinente?  19 2. No 0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de La causa de La decuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  19 2. No 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de La causa de La deministración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de La deministración del sulfato de magnesio?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de Internaciona de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de Internaciona de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de Intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica de Jago de La causa de L		o de choque?			
14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 15. ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?  0 1. Si 0 2. No 0 3. No aplio 16. ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  17 Observaciones  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ática del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  10 1. Si 0 2. No 0 3. No aplica 3.00 ática 3.00	·				
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?					·
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?  19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  19 ¿El diagnóstico fue oportuno?  10 1. Si  11 2. No  11 2. No  12 3. No aplica  13 2. No  14 3. No aplica  15 2. No  16 3. No aplica  17 4. Si  18 2. No  19 3. No aplica  19 4. Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  10 1. Si  11 2. No  12 3. No  13 No aplica  14 3. Si  15 2. No  16 3. No aplica  17 4. Si  17 5. Si  18 2. No  19 3. No aplica  19 4. Si  19 2. No  10 3. No aplica  19 4. Si  10 2. No  10 3. No aplica  10 4. Si  10 2. No  10 3. No aplica  10 4. Si  10 2. No  10 3. No aplica  10 4. Si  10 2. No  10 3. No aplica  10 4. Si  10 4. Si  10 5. No  10 6. Si  10 6. Si  10 7. No  10 7. No  10 8. No aplica  10 8. Si  10 8. Si					
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?	•				
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo  18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?			0 1. 01	0 2.110	0 0. 140 apin
8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?  8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?  8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  9 1. Si  9 2. No  9 3. No aplica  9 1. Si  9 2. No  9 3. No aplica  9 3. No aplica  9 3. No aplica  9 3. No aplica					
8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica	Trastornos hipertensivos asociados al embarazo				
8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica		)			
3.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  3.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  3.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  3.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  3.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  o 4. Si  o 5. No  o 5. No  o 6. No  o 7. No  o 8. No aplica  o 1. Si  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No		o 2.	No o	3. No aplica
8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No 8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?	o 1. Si o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica
8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica  8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  0 1. Si  0 2. No  0 3. No aplica	8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?	o 1. Si o 1. Si o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica 3. No aplica
8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica  8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  o 1. Si  o 2. No  o 3. No aplica	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No 8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?	o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si	o 2. o 2. o 2.	No o No o No o	3. No aplica 3. No aplica 3. No aplica
8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna? o 1. Si o 2. No o 3. No aplica 8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? o 1. Si o 2. No o 3. No aplica	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No 8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas? 8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?	o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si	o 2. o 2. o 2. o 2.	No o No o No o No o	3. No aplica 3. No aplica 3. No aplica 3. No aplica
8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso? o 1. Si o 2. No o 3. No aplica	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No 8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas? 8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?	o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si o 1. Si	o 2. o 2. o 2. o 2. o 2.	No o No o No o No o No o No o	<ol> <li>No aplica</li> <li>No aplica</li> <li>No aplica</li> <li>No aplica</li> <li>No aplica</li> <li>No aplica</li> </ol>
	18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? O 1. Si O 2. No 8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas? 8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada? 8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?	o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica
8.28 ¿La terminación de la gestación fue oportuna? o 1. Si o 2. No o 3. No aplica	2. No. 2. No. 3. 18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 0 1. Si 0 2. No. 3. 19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno? 3. 20 ¿El diagnóstico fue oportuno? 4. 21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna? 5. 22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas? 6. 23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio? 6. 24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada? 6. 25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna? 6. 26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?	o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica
	2. No. 2.	o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica
	2. No. 18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo? 0 1. Si 0 2. No. 19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?  8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?  8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?  8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?  8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?  8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?  8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?  8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?  8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?  8.28 ¿La terminación de la gestación fue oportuna?	o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica
	2. No. 2.	o 1. Si	o 2.	No o	3. No aplica











#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09 DEL ACIÓN CON DATOS GENEDALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MILIED FALLECIDA

RELACION CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACION DE LA MOJER FALLECID	'A			
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FECHA DE DE	FUNCIÓN	/		
Tipo de documento *	Número d	e identifica	===== ción *	
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OPT	г			
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR S CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD : CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJE	SIN ID   AS : ADULTO S	SIN ID   PE : PERM	IISO ESPECIAL	DE PERMANENCIA
Nombres y apellidos *	EKO   FT . FEKWISO F	OK PROTECCION	TEMPORAL	
8. ANÁLISIS SEGÚN CAUSAS				
Atención de la mujer con sepsis (sea de origen obstétrico o	no)			
8.30 ¿La mujer presentó sepsis (de origen obstétrico o no) asociado al embarazo? O 1. Si	O 2. No			
8.31 ¿Se realizó el diagnóstico oportuno del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y/o Qsofa?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
8.32 ¿Se iniciaron antibióticos en la primera hora después del diagnóstico de sepsis?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
8.33 ¿Se identificó oportunamente el foco infeccioso?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
8.34 ¿Se realizó seguimiento de foco infeccioso a las 6 y 12 horas para identificar respuesta y control de la	infección?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
8.35 ¿Se realizó procedimiento quirúrgico para control de foco infeccioso en forma oportuna?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
8.36 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica
Observaciones (En este espacio, por favor complemente o explique las respuestas que considere pertinentes en relación co	n los aspectos que	e afectaron la d	alidad de la a	tención)
Atención de la mujer con eventos tromboembólicos				
8.37 ¿La mujer presentó evento tromboembólico? O 1. Si O 2.	No O	3. No aplic	a	
8.38 ¿Se clasificó adecuadamente el riesgo tromboembólico al ingreso por la emergencia obstétrica?	o 1. Si	o 2	. No	o 3. No aplica
8.39 ¿Se clasificó adecuadamente el riesgo tromboembólico al egreso hospitalario?	o 1. Si	0 2	. No (	o 3. No aplica
8.40 ¿Se realizó el manejo adecuado del riesgo tromboembólico?	o 1. Si	o 2	. No (	o 3. No aplica
8.41 ¿Se realizó el diagnóstico de enfermedad tromboembólica de manera adecuado y oportuna?	o 1. Si	o 2	. No	o 3. No aplica
8.42 ¿Se tomaron las medidas profilácticas adecuadas y oportunas ante el evento tromboembólico?	o 1. Si	o 2	. No	o 3. No aplica
8.43 ¿Se inició de manera oportuna el tratamiento anticoagulante?	o 1. Si	0 2	. No	o 3. No aplica
8.44 ¿Los anticoagulantes utilizados fueron los indicados?	o 1. Si	o 2	. No	o 3. No aplica
8.45 ¿La dosis y la duración del tratamiento anticoagulante fue adecuada?	o 1. Si	o 2	. No	o 3. No aplica
8.46 Observaciones (En este espacio, por favor complemente o explique las respuestas que considere pertinentes en relac	ión con los aspect	os que afectar	on la calidad	de la atención)











#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA							
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FECHA DE DE	FUNCIÓN	/					
Tipo de documento *	Número d	e identifica	ción *				
ORC OTI OCC OCE OPA OMS OAS OPE OCN OCD OSC ODE OP							
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA  - PA : PASAPORTE   MS : MENOR S CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUCTO   DE : DOCUMENTO EXTRANJ	SIN ID   AS : ADULTO :	SIN ID   PE : PERM	ISO ESPECIAL	DE PERMANENCIA			
Nombres y apellidos *	ERO   PT : PERMISO P	OR PROTECCION	TEMPORAL				
8. ANÁLISIS SEGÚN CAUSAS							
Atención de las mujeres fallecidas por causas indirectas							
8.47 ¿La mujer presentó evento por causas indirectas? O 1. Si	O 2. No						
8.48 ¿La mujer sufría alguna enfermedad preexistente o condición que generara un alto riesgo de muerte gestación?	durante la	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.49 Si la anterior respuesta es positiva, ¿hay constancia en la historia clínica o en la entrevista familiar de	que se brindó						
la asesoría pertinente?	•	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.50 De acuerdo con cada patología relacionada a causas indirectas ¿Se siguió el protocolo específico est	tablecido?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.51 En caso de estar indicado por su condición, ¿se ofreció a la mujer la opción de una interrupción voluni embarazo?	taria del	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.52 Si hubo descompensación de su enfermedad, ¿el diagnóstico se realizó de manera oportuna?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.53 Si hubo descompensación de su enfermedad, ¿el tratamiento se realizó de manera adecuada y oporto	una?	o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.54 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.55 ¿La terminación de la gestación fue de manera oportuna?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
8.56 Estando indicado algún procedimiento o intervención quirúrgica, ¿se realizó de manera oportuna?		o 1. Si	o 2. No	o 3. No aplica			
Atención de la mujer con evento respiratorio agudo							
8.58 ¿La mujer falleció por evento respiratorio agudo? O 1. Si O 2.	No						
8.59 ¿Se realizó el diagnóstico del evento respiratorio agudo de manera adecuada y oportuna?	o 1. Si	o 2.	No o	o 3. No aplica			
8.60 Estando indicado, ¿se activó oportunamente código azul?	o 1. Si	o 2.	No o	o 3. No aplica			
8.61 ¿La mujer recibió tratamiento adecuado y oportuno de acuerdo con la etiología del evento respiratorio agudo?	o 1. Si	o 2.	No o	o 3. No aplica			
8.62 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?	o 1. Si	o 2.	No o	o 3. No aplica			
8.63 Observaciones							











### Formulario de recolección

#### Análisis de caso - Mortalidad Materna

FOR-R02.0000-089 V:00 2024-12-27

Este formulario de recolección es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA	MUJER FALLECIDA	
# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	FECHA DE DEFUNCIÓN	
Tipo de documento *  O RC O TI O CC O CE O PA O MS O AS O PE O CN O CD  *RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA- CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO   CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO   SC : SALVOCONDUC  Nombres y apellidos *  9. CONCLUSION  9.1 De acuerdo con el análisis del caso, se trata de una muerte:	O SC O DE O PT  PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO TO   DE : DOCUMENTO EXTRANJERO   PT : PERMISO F	le identificación *  SIN ID   PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA   POR PROTECCION TEMPORAL
<ul> <li>1. Muerte materna directa (temprana)</li> <li>2. Muerte materna indirecta (temprana)</li> <li>3. Muerte materna tardía</li> <li>4. Muerte coincidente</li> <li>5. No es una muerte materna</li> </ul>		CIE 10
<ul> <li>9.3 De acuerdo con el análisis del comité, la causa básica agrupada es:</li> <li>1. Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia</li> <li>2. Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis</li> <li>3. Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico</li> <li>4. Trastorno hipertensivo asociado al embarazo</li> <li>5. Hemorragia obstétrica</li> <li>6. Sepsis relacionada con el embarazo</li> <li>7. Sepsis no obstétrica</li> <li>8. Evento tromboembólico como causa básica</li> <li>9. Otras causas directas</li> <li>10. Otras causas indirectas</li> <li>11. Complicaciones imprevistas del manejo</li> <li>12. Desconocida /Indeterminada</li> <li>13. Causas coincidentes</li> </ul>	<ul> <li>9.4 De acuerdo con el análisis del cas</li> <li>1. Evitable</li> <li>2. No evitable</li> <li>3. Sin Información suficiente</li> </ul>	so se trata de una muerte materna:
9.5 Observaciones del comité		
9.6 Participantes del comité  NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA
9.7 Fecha de finalización (dd/mm/aaaa) 9.8 Hora de finalización	ión	