



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

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

1. DATOS GENERALES Y DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER FALLECIDA

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE DEFUNCIÓN

1.1 Tipo de documento \*

☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ MS ☐ AS ☐ PE ☐ CN ☐ CD ☐ SC ☐ DE ☐ PT

1.2 Número de identificación \*

\*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

3.1 Edad

3.2 Tipo de régimen en salud

☐ C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☐ P. Excepción ☐ E. Especial ☐ N. No Asegurado

3.3 Grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

☐ Personas en condición de discapacidad ☐ Migrantes ☐ Gestantes ☐ Población infantil a cargo del ICBF ☐ Desmovilizados ☐ Víctimas de violencia armada  
☐ Desplazados ☐ Personas privadas de la libertad ☐ Habitantes de la calle ☐ Madres comunitarias ☐ Centros psiquiátricos ☐ Otros grupos poblacionales

3.4 Años de escolaridad que aprobó la mujer fallecida

- ☐ 1. Preescolar
- ☐ 2. Básica primaria
- ☐ 3. Básica secundaria
- ☐ 4. Media académica o clásica
- ☐ 5. Media técnica
- ☐ 6. Normalista
- ☐ 7. Técnica profesional
- ☐ 8. Tecnológica
- ☐ 9. Profesional
- ☐ 10. Especialización
- ☐ 11. Maestría
- ☐ 12. Doctorado
- ☐ 13. Ninguno
- ☐ 14. Sin información

3.5 ¿Alguna vez la mujer fallecida manifestó deseos de quererse morir por estar embarazada? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe

3.6 Las decisiones tomadas en la familia dependían principalmente de

- ☐ 1. La mujer fallecida☐ 2. El cónyuge o compañero permanente☐ 3. La mujer fallecida y su cónyuge☐ 4. La madre de la mujer fallecida
- ☐ 5. El padre de la mujer fallecida☐ 6. Los padres de la mujer fallecida☐ 7. La madre del cónyuge☐ 8. El padre del cónyuge
- ☐ 9. Los padres del cónyuge☐ 10. Otros miembros de la familia☐ 11. La mujer fallecida y su familia☐ 12. No sabe

3.7 ¿Durante la entrevista se observa vivienda con servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, gas)? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 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? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No se tiene acceso a la vivienda

3.9 ¿Durante la entrevista se evidencia hacinamiento? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No se tiene acceso a la vivienda

3.10 Si durante la complicación que llevo a la muerte, la mujer fallecida tuvo barreras para acceder al servicio de salud, estas fueron

- ☐ 1. Económicas☐ 2. Geográficas☐ 3. Culturales☐ 4. De orden público☐ 5. Administrativas☐ 6. Ninguna

3.11 ¿Por qué no usaba ningún método para regulación de la fecundidad?

- ☐ 1. Por creencias religiosas☐ 2. Oposición del compañero u otro familiar☐ 3. No quería porque estaba buscando la gestación☐ 4. No lo consideraba importante☐ 5. No tuvo acceso☐ 7. No aplica
- ☐ 8. No sabe☐ 6. Otra

3.12 ¿La mujer fallecida siguió las instrucciones dadas en la consulta preconcepcional? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe

3.13 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejó de asistir a alguna cita?

- ☐ 1. Es lejano del sitio de atención☐ 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo☐ 3. Por falta de recursos económicos☐ 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud☐ 5. Porque no lo consideró importante☐ 6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo☐ 7. El servicio de salud está cerrado☐ 8. Problemas de orden público☐ 10. No aplica☐ 11. No sabe☐ 9. Otro

3.14 Si no buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es fueron la/s razón/es?

- ☐ 1. Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros☐ 2. Falta de confianza en el centro de salud / hospital☐ 3. Temor por haberse hecho un aborto☐ 4. Falta de dinero para transportarse☐ 5. Tener que pagar la atención☐ 6. Falta de medio de transporte en esos momentos☐ 7. Lejanía del centro de salud/hospital☐ 8. Problemas de orden público☐ 9. Oposición familiar☐ 11. No sabe☐ 12. No aplica☐ 10. Otra

3.15 ¿Consideraban que el problema de salud podría ocasionarle la muerte? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila  
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 \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

3. FACTORES RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO

3.16 Si durante el embarazo, parto o puerperio la mujer fallecida tuvo demoras para acceder a la atención en salud, fue a raíz de

☐ 1. Tardó en solicitar la autorización a la aseguradora

☐ 7. No aplica

☐ 2. La aseguradora tardó en realizar la autorización

☐ 3. No se autorizó por parte de la aseguradora

☐ 4. Se autorizó, pero la gestante no accedió al servicio

☐ 5. No estaba afiliada

☐ 6. No presentó demoras para acceder a la atención

3.17 Si durante el embarazo, parto o puerperio, solicitaron exámenes a la mujer fallecida, pudo acceder a ellos

☐ 1. Si pudo acceder

☐ 2. Si pudo acceder fuera del tiempo para realizar el diagnóstico

☐ 3. No se realizó la gestión para acceder a los exámenes

☐ 4. No pudo acceder porque le negaron la autorización

☐ 5. No asistió a la cita agendada

☐ 6. No solicitaron exámenes

3.18 En el siguiente espacio por favor complemente o explique las repuestas que considere pertinentes en relación con esta sección

4. FACTORES RELACIONADOS CON LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

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?

☐ 1. Si

☐ 3. No existen redes de apoyo comunitario

☐ 2. No necesitó ayuda

☐ 4. No sabe

4.2 ¿La mujer fallecida obtuvo respuesta de la ayuda solicitada (Policía, Centro de salud u hospital, defensa civil, cruz roja, entre otros)?

☐ 1. Si

☐ 3. No aplica

☐ 2. No

☐ 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

☐ 1. Económicas

☐ 4. De orden público

☐ 2. Geográficas

☐ 5. Administrativas

☐ 3. Culturales

☐ 6. Ninguna

4.4 ¿Por qué no asistió al control prenatal o dejo de asistir a alguna cita?

☐ 1. Es lejano del sitio de atención

☐ 2. Porque no le dieron permiso en el trabajo

☐ 3. Por falta de recursos económicos

☐ 4. Por experiencias negativas con el servicio de salud

☐ 5. Porque no lo consideró importante

☐ 6. El compañero o algún familiar no estaban de acuerdo

☐ 7. El servicio de salud está cerrado

☐ 8. Problemas de orden público

☐ 10. No aplica

☐ 11. No sabe

☐ 9. Otro

4.5 Si no buscaron ayuda médica, ¿Cuál/es fueron la/s razón/es?

☐ 1. Idea de que los síntomas eran normales o pasajeros

☐ 2. Falta de confianza en el centro de salud / hospital

☐ 3. Temor por haberse hecho un aborto

☐ 4. Falta de dinero para transportarse

☐ 5. Tener que pagar la atención

☐ 6. Falta de medio de transporte en esos momentos

☐ 7. Lejanía del centro de salud/hospital

☐ 8. Problemas de orden público

☐ 9. Oposición familiar

☐ 11. No sabe

☐ 12. No aplica

☐ 10. Otra

4.6 En el siguiente espacio, por favor complemente o explique las repuestas que considere pertinentes en relación con esta sección

Correo: [sivigila@ins.gov.co](mailto:sivigila@ins.gov.co)



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila  
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 \*

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS QUE SE IDENTIFICARON COMO LIMITANTES DE LA ACCESIBILIDAD Y/O LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

6.1 ¿Se presentaron dificultad(es) administrativa(s) que afectaron el servicio y estuvieron relacionados con la muerte?

6.2 ¿Se autorizaron todos (los) servicio (s) requeridos por parte de la aseguradora?

6.3 ¿Hubo inoportunidad en la autorización relacionado con la valoración por profesionales, laboratorios, exámenes diagnósticos, tratamiento u otros requeridos?

6.4 ¿Hubo exigencia de pago por algún servicio?

6.5 ¿Hubo solicitud a la mujer o su familia de compra de medicamentos o insumos?

6.6 ¿Se presentó dificultad para la remisión a otros profesionales (especialista o sub especialista)?

6.7 ¿Se presentaron dificultades en el proceso de referencia y contrarreferencia?

6.8 ¿Hubo inoportunidad en el acceso al tratamiento médico o quirúrgico?

6.9 Observaciones

7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA

Disponibilidad de recurso humano para la atención

7.1 ¿La mujer fallecida tuvo acceso al personal requerido durante el proceso de atención?

¿La mujer fallecida tuvo acceso al personal requerido ?

7.2 Médico general

7.3 Personal de Enfermería

7.4 Nutrición

7.5 Psicología

7.6 Trabajo Social

7.7 Ginecología y Obstetricia

7.8 Otros especialistas o subespecialidades requeridas

Disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos

7.9 ¿Hubo disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos acordes a los estándares nacionales e internacionales?

¿Hubo disponibilidad de medicamentos ?

7.10 Antibióticos (inyectables) requeridos

7.11 Medicamentos para reanimación cardio-cerebro-pulmonar

7.12 Gluconato de calcio al 10%(inyectable, ampolla x 10ml)

7.13 Antiarrítmico (digitálico)-Digoxina (inyectable)

7.14 Antihistamínicos inyectables

7.15 Vasoactivos

7.16 Diuréticos (Furosemida- inyectable)

7.17 Antagonistas de Opioides (Naloxona)

7.18 Cristaloides (solución Hartmann, solución salina)

7.19 Diazepam

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila  
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 DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA

Disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos

¿Hubo disponibilidad de <u>medicamentos</u> ?			
7.20 Sulfato de Magnesio inyectable	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.21 Anticonvulsivante inyectable (fenitoína)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.22 Vasodilatadores (Hidralazina, ampolla x 20mg)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.23 Beta agonistas (labetalol)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.24 Bloqueadores de canales de calcio (Nifedipina 10mg /30mg)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.25 Metil-ergonovina (inyectable ampolla x0,2mg)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.26 Oxitocina (ampollas x 10UI)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.27 Prostaglandina F2A inyectable	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.28 Prostaglandina E1 (Misoprostol tabl x 200mcg)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.29 Prostaglandina E2 (Dinoprostona)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.30 Morfina sulfato	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.31 Heparina (fraccionada o no fraccionada)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.32 Corticoides (Betametasona ampolla x 4mg)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica

¿Hubo disponibilidad de <u>hemoderivados</u> ?			
7.33 Glóbulos rojos	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.34 Plasma Fresco congelado	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.35 Plaquetas	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.36 Factores de Coagulación	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica

¿Hubo disponibilidad de insumos ?

7.37 Equipos de Venocclisis (incluyendo angiocat 16, angiocat 18, Equipo de macro y microgoteo)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.38 Laringoscopio	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.39 Dispositivos para suministro de oxígeno	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.40 Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón guardian para hemorragia posparto o Condón, seda trenzada y sonda de Nelaton N14	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
7.41 Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica

7.42 Observaciones





SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

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 \*

RC

TI

CC

CE

PA

MS

AS

PE

CN

CD

SC

DE

PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

7. ASPECTOS QUE AFECTARON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA

Calidad de la atención durante la consulta preconcepcional

7.43 ¿La mujer realizó consulta preconcepcional?

1. Si

2. No

3. No sabe

7.44 ¿La mujer con alto riesgo reproductivo fue derivada para valoración por la especialidad en ginecobstetricia?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.45 ¿Se realizó asesoría frente a la interrupción voluntaria del embarazo durante la consulta preconcepcional?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.46 ¿Se solicitaron los paraclínicos indicados en el marco normativo?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.47 ¿Se ordenó suplementación con ácido fólico?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.48 ¿Se realizó control para lectura de paraclínicos y establecer las recomendaciones preconcepcionales?

1. Si

2. No

3. No aplica

Calidad de la atención durante el control prenatal

7.49 ¿La mujer realizó control prenatal?

1. Si

2. No

3. No sabe

7.50 ¿La mujer con alto riesgo obstétrico fue derivada para valoración por la especialidad requerida?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.51 ¿Se realizó asesoría frente a la interrupción voluntaria del embarazo durante el control prenatal?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.52 ¿Se solicitaron los paraclínicos indicados bajo la normatividad vigente?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.53 ¿Se formularon los micronutrientes recomendados por la normatividad vigente?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.54 ¿Se garantizó esquema de vacunación según la normatividad vigente?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.55 ¿Se intervinieron los factores de riesgo identificados durante el control prenatal?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.56 ¿La mujer con criterios de riesgo para preeclampsia recibió el tratamiento adecuado y oportuno?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.57 ¿La mujer con factores de riesgo para presentar evento tromboembólico venoso recibió el tratamiento adecuado y oportuno?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.58 ¿La mujer con anemia recibió el tratamiento adecuado y oportuno?

1. Si

2. No

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?

1. Si

2. No

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 momento adecuado?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.61 ¿Se realizaron todos los exámenes que estaban indicados de forma oportuna?

1. Si

2. No

3. No aplica

7.62 Observaciones



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

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 DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

8. ANÁLISIS SEGÚN CAUSAS

Hemorragia obstétrica

8.1 ¿La mujer presentó hemorragia obstétrica?

☐ 1. Si

☐ 2. No

8.2 ¿Se realizó el manejo adecuado de la mujer con coagulopatías?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.3 ¿Se realizó manejo activo del alumbramiento?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.4 ¿Se realizó vigilancia adecuada del puerperio en las primeras dos horas, con monitoreo de signos vitales cada 15 minutos?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.5 ¿El diagnóstico de la hemorragia fue oportuno?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div>-</div></div>
8.6 ¿Se activó oportunamente el código rojo ?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div>-</div></div>
8.7 ¿Se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente, durante el código rojo?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.8 ¿Se clasificó el estado de choque?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.9 ¿Se identificó el índice de choque?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.10 ¿Se determinó el volumen de sangrado?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.11 La reposición de los líquidos para la reanimación después del diagnóstico, ¿estuvo acorde con el estado de choque?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.12 ¿Se administraron la o las transfusiones que estuvieron indicadas?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.13 ¿La decisión para el tratamiento quirúrgico fue oportuna?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.14 ¿El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la causa de la hemorragia fue pertinente?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.15 ¿El cuidado después de la reanimación fue adecuado?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.16 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>

8.17 Observaciones

Trastornos hipertensivos asociados al embarazo

8.18 ¿La mujer presentó trastorno hipertensivo asociado al embarazo?

☐ 1. Si

☐ 2. No

8.19 ¿Ante la sospecha de preeclampsia recibió manejo adecuado y oportuno?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.20 ¿El diagnóstico fue oportuno?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.21 ¿Se utilizó el sulfato de magnesio de manera oportuna?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.22 ¿La dosis y el tiempo de la administración del sulfato de magnesio fueron las indicadas?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.23 ¿Se identificaron de manera oportuna los signos de toxicidad del sulfato de magnesio?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.24 Ante signos de intoxicación por sulfato de magnesio, ¿se tomó la conducta adecuada?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.25 ¿Se utilizaron los antihipertensivos de manera adecuada y oportuna?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.26 Estando indicados, ¿Se utilizaron anticonvulsivantes de manera adecuada y oportuna?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.27 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y/o al egreso?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>
8.28 ¿La terminación de la gestación fue oportuna?	<div><div><input type="radio"/> 1. Si</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 2. No</div></div>	<div><div><input type="radio"/> 3. No aplica</div></div>

8.29 Observaciones

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

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 DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

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? ☐ 1. Si ☐ 2. No

8.31 ¿Se realizó el diagnóstico oportuno del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y/o Qsofa?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.32 ¿Se iniciaron antibióticos en la primera hora después del diagnóstico de sepsis?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.33 ¿Se identificó oportunamente el foco infeccioso?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.35 ¿Se realizó procedimiento quirúrgico para control de foco infeccioso en forma oportuna?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.36 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica

Observaciones (En este espacio, por favor complemente o explique las respuestas que considere pertinentes en relación con los aspectos que afectaron la calidad de la atención)

Atención de la mujer con eventos tromboembólicos

8.37 ¿La mujer presentó evento tromboembólico? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No aplica

8.38 ¿Se clasificó adecuadamente el riesgo tromboembólico al ingreso por la emergencia obstétrica?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.39 ¿Se clasificó adecuadamente el riesgo tromboembólico al egreso hospitalario?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.40 ¿Se realizó el manejo adecuado del riesgo tromboembólico?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.41 ¿Se realizó el diagnóstico de enfermedad tromboembólica de manera adecuado y oportuna?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.42 ¿Se tomaron las medidas profilácticas adecuadas y oportunas ante el evento tromboembólico?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.43 ¿Se inició de manera oportuna el tratamiento anticoagulante?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.44 ¿Los anticoagulantes utilizados fueron los indicados?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica
8.45 ¿La dosis y la duración del tratamiento anticoagulante fue adecuada?	<input type="radio"/> 1. Si	<input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 3. No aplica

8.46 Observaciones (En este espacio, por favor complemente o explique las respuestas que considere pertinentes en relación con los aspectos que afectaron la calidad de la atención)





SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

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 \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

8. ANÁLISIS SEGÚN CAUSAS

Atención de las mujeres fallecidas por causas indirectas

8.47 ¿La mujer presentó evento por causas indirectas? 

☐ 1. Si

☐ 2. No

8.48 ¿La mujer sufría alguna enfermedad preexistente o condición que generara un alto riesgo de muerte durante la gestación?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
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?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.50 De acuerdo con cada patología relacionada a causas indirectas ¿Se siguió el protocolo específico establecido?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.51 En caso de estar indicado por su condición, ¿se ofreció a la mujer la opción de una interrupción voluntaria del embarazo?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.52 Si hubo descompensación de su enfermedad, ¿el diagnóstico se realizó de manera oportuna?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.53 Si hubo descompensación de su enfermedad, ¿el tratamiento se realizó de manera adecuada y oportuna?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.54 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.55 ¿La terminación de la gestación fue de manera oportuna?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.56 Estando indicado algún procedimiento o intervención quirúrgica, ¿se realizó de manera oportuna?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>

8.57 Observaciones

Atención de la mujer con evento respiratorio agudo

8.58 ¿La mujer falleció por evento respiratorio agudo? 

☐ 1. Si

☐ 2. No

8.59 ¿Se realizó el diagnóstico del evento respiratorio agudo de manera adecuada y oportuna?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.60 Estando indicado, ¿se activó oportunamente código azul?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.61 ¿La mujer recibió tratamiento adecuado y oportuno de acuerdo con la etiología del evento respiratorio agudo?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>
8.62 ¿Se realizó tromboprofilaxis adecuada y oportuna durante la estancia hospitalaria y al egreso?	<div><input type="radio"/> 1. Si</div>	<div><input type="radio"/> 2. No</div>	<div><input type="radio"/> 3. No aplica</div>

8.63 Observaciones



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

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 DEFUNCIÓNFECHA DE DEFUNCIÓN

Tipo de documento \*

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ CE

☐ PA

☐ MS

☐ AS

☐ PE

☐ CN

☐ CD

☐ SC

☐ DE

☐ PT

Número de identificación \*

\*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

Nombres y apellidos \*

9. CONCLUSIONES DEL COMITÉ

9.1 De acuerdo con el análisis del caso, se trata de una muerte:

☐ 1. Muerte materna directa (temprana)

☐ 2. Muerte materna indirecta (temprana)

☐ 3. Muerte materna tardía

☐ 4. Muerte coincidente

☐ 5. No es una muerte materna

9.2 Causa básica de muerte

CIE 10

9.3 De acuerdo con el análisis del comité, la causa básica agrupada es:

☐ 1. Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia

☐ 2. Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis

☐ 3. Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico

☐ 4. Trastorno hipertensivo asociado al embarazo

☐ 5. Hemorragia obstétrica

☐ 6. Sepsis relacionada con el embarazo

☐ 7. Sepsis no obstétrica

☐ 8. Evento tromboembólico como causa básica

☐ 9. Otras causas directas

☐ 10. Otras causas indirectas

☐ 11. Complicaciones imprevistas del manejo

☐ 12. Desconocida /Indeterminada

☐ 13. Causas coincidentes

9.4 De acuerdo con el análisis del caso se trata de una muerte materna:

☐ 1. Evitable

☐ 2. No evitable

☐ 3. Sin Información suficiente

9.5 Observaciones del comité

9.6 Participantes del comité

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA

9.7 Fecha de finalización (dd/mm/aaaa)

9.8 Hora de finalización