



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna



Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico - Normativos

LA PAZ- BOLIVIA

2014



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna

PUBLICACIÓN
328

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico - Normativos

LA PAZ- BOLIVIA

2014

Ficha Bibliográfica

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de
WA950 Redes de Servicios de Salud y Calidad.
M665n Norma Nacional del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna./Ministerio de
No. 328 Salud y Deportes; Renato Eugenio Yucra Lizarazu; Alberto de la Gálvez Murillo Camberos.
2013 Coaut. 5 ed. La Paz : Producciones Gráficas, 2013.

135p.: tab, graf. (Serie: Documento Técnico – Normativos No. 328)

Depósito legal: 4-1-257-13 P.O.

- I. REGISTROS DE MORTALIDAD
- II. MORTALIDAD MATERNA
- III. ESTANDARES DE REFERENCIA
- IV. VIGILANCIA SANITARIA
- V. BOLIVIA
1. t.
2. Serie.
3. Yucra Lizarazu, Renato Eugenio; Gálvez Murillo Camberos, Alberto de la. Coaut.

NORMA NACIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

RESOLUCION MINISTERIAL N°: 17

N° DEPOSITO LEGAL: 4 – 1 – 257 -13 P. O.

CO-AUTORES:

Dr. E. Renato Yucra Lizarazu
Profesional Técnico del Área del Continuo de la Atención
Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Ministerio de Salud y Deportes

Dr. Alberto De la Galvez Murillo Camberos
Docente-investigador del Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo
Facultad de Medicina - UMSA

VALIDADO Y APROBADO: Taller Nacional de Validación – Julio 2013 Participantes en pagina final.

REVISION TECNICA SAFCI: Dr. Yecid Humacayo Morales y Lic. Aníbal Copa Rocabado – DGPS/MSD

COMITÉ DE IDENTIDAD INSTITUCIONAL Y PUBLICACIONES:

La Paz,- Área del Continuo de la Atención - Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad,
Dirección General de Servicios de Salud – Ministerio de Salud y Deportes - 2013

Documento impreso con el financiamiento de la Representación de OPS/OMS en Bolivia

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en PGD Impresiones

Telf./Fax: 2 226062

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martin Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCION DE LA SALUD

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
**VICEMINISTRO MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD**

Sr. Miguel Angel Rimba
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Ruben Colque Mollo
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba
**JEFA UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y
CALIDAD**

VISTOS Y CONSIDERANDO: 20 NOV 2013

Que el párrafo I del artículo 35 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud;

Que el numeral 1 del párrafo I del artículo 81 de la Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, *Marco de Autonomías y Descentralización*, *Andrés Ibáñez*, manifiesta que el nivel central del Estado tiene como una de sus competencias la elaboración de la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud;

Que el artículo 3 del Código de Salud, aprobado mediante Decreto Ley N° 15629 de 18 de julio de 1978, señala que corresponde al Poder Ejecutivo (actual Órgano Ejecutivo) a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (actual Ministerio de Salud y Deportes), al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que el inciso b) del artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, *Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional*, establece que una de las atribuciones del Sr. Ministro de Salud y Deportes, es regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional;

Que mediante Informe N° 088/2013 Comisión Técnica de Revisión de Publicaciones, manifiesta que el "Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna – Norma Nacional", posterior a este informe no podrá modificarse el contenido técnico ni alterarse la diagramación explicitada en la guía gráfica;

Que mediante Hoja de Ruta N° 58038 el Viceministerio de Salud y Promoción, remite el trámite de Resolución Ministerial y el acta de Comité de Identidad Institucional para su tratamiento por la Dirección;

Que el Ministerio de Salud y Deportes, ve necesario actualizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo a la experiencia acumulada, que nació y evolucionó en el Taller Nacional de VEMM;

POR TANTO:

El señor Ministro de Salud y Deportes en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, *Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional*;

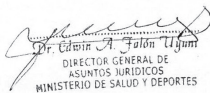
RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la implementación y aplicación del documento: "SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA", como instrumento técnico – normativo para conocer las características sociales y biológicas de la mortalidad materna.

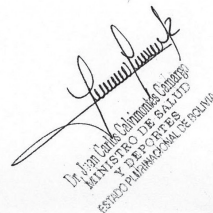
ARTÍCULO SEGUNDO.- Autorizar a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, la publicación y difusión del mencionado documento, debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo central de este Ministerio.

Regístrese, hágase saber y archívese.




Dr. César A. Tolón Uyum
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Martín Matucano Frigo
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Juan Carlos Chumillas Céspedes
VICEMINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES
ESPECIALIZADO EN SALUD

ACRONIMOS

ADS	Asamblea Departamental de Salud
ALS	Autoridad Local de Salud
ANS	Asamblea Nacional de Salud
CAI	Comité de Análisis de la Información
CEMED	Certificado Médico de Defunción
CIE-10^a	Clasificación Internacional de Enfermedades Decima revisión
CLVMM	Comité Local de Vigilancia de la Mortalidad Materna
CLS	Comité Local de Salud
CPN	Control Prenatal
CTDVMM	Comité Técnico Departamental de Vigilancia de la Mortalidad Materna
CTNVMM	Comité Técnico Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Materna
CTVMM	Comité Técnico de la Vigilancia de la Mortalidad Materna
CTMVMM	Comité Técnico Municipal de Vigilancia de la Mortalidad Materna
CSMS	Consejo Social Municipal de Salud
CSDS	Consejo Social Departamental de Salud
CSNS	Consejo Social Nacional de Salud
Deptal.	Departamental
DILOS	Directorio Local de Salud
EDIS	Espacios de Deliberación Intersectorial de la Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
GPS	Gestión Participativa en Salud
IMM	Índice de Masa Materna
MMS	Mesa Municipal de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
Municip.	Municipal
MEF	Mujeres en edad fértil
Nal.	Nacional
n.v.	Nacidos vivos
ODM-5	Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	Organismo No Gubernamental
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SVEMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
VE	Vigilancia Epidemiológica
VEMM	Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
URSSyC	Unidad de Servicios de Salud y Calidad

PRESENTACION

Bolivia no cuenta con información real y confiable sobre la mortalidad materna que refleje los resultados de los grandes esfuerzos que está realizando el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Deportes, en cumplimiento de la Constitución Política del Estado Plurinacional y la política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

Con el esfuerzo mancomunado de todas las autoridades nacionales, departamentales, regionales y municipales, y la fuerte participación comunitaria con control social, se está enfrentando la más grande injusticia social al derecho a la vida y la salud de las mujeres bolivianas, para prevenir su muerte prematura en plena etapa productiva económica y social.

Es así que esta nueva edición del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, que es el resultado de un largo proceso de 18 años de experiencias, enseñanzas y aprendizajes, establece con claridad seis etapas que se deben cumplir para conseguir una información real de la muerte materna y se pueda plantear una estrategia de carácter preventivo y correctivo para la toma de decisiones locales, que reviertan las circunstancias adversas tanto personales, familiares, de la comunidad, de la red de servicios de salud y de los establecimientos de salud.

Los estudios de cada caso permitirán revertir la situación para no volver a cometer los mismos errores y por consiguiente prevenir otras muertes maternas por las mismas causas, sin tener ninguna relación con la parte punitiva o legal.

Con ese principal objetivo y cumpliendo el rol rector y normativo del Ministerio de Salud y Deportes, se presenta esta nueva edición de la norma nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna para su estricto cumplimiento en todo el país y de esa manera repercuta en preservar el más preciado don como es la vida principalmente de grupos vulnerables como son las mujeres bolivianas.



Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

INDICE

Introducción	11
Capitulo 1: La mortalidad materna como problema	15
Capitulo 2: La vigilancia epidemiológica como estrategia para mejorar el conocimiento del problema	21
Capitulo 3: Como organizar la vigilancia epidemiológica	31
Capitulo 4: Etapas de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna	39
Capitulo 5: Los Comités Técnicos de la Vigilancia de la Mortalidad Materna	61
ANEXOS	
Anexo 1: Fichas epidemiológicas y formularios del SVEMM	81
Anexo 2: Instructivo para el llenado de las fichas epidemiológicas de muerte materna	87
Anexo 3: Modelo para estimar el número de muertes maternas	107
Anexo 4: Modelo de formas de notificación comunitaria de casos probables de muerte materna	115
Anexo 5: Eslabones críticos para el estudio de los casos de muertes maternas confirmadas	121
Anexo 6: Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 ^a . Versión	125

INTRODUCCION

En estos últimos años está ocurriendo un reavivamiento de la preocupación mundial por la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, motivada por los avances no satisfactorios alcanzados en la Región. Renovadas orientaciones estratégicas, alianzas y reuniones internacionales están teniendo lugar, con la intención de que esa misma impaciencia pueda hacer puerto en cada continente, país, provincia, municipio y comunidad, y también en las instituciones de salud y su personal, así como en los tomadores de decisiones.

En Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes ha formulado el Plan Sectorial de Desarrollo Hacia la Salud Universal 2010-2020 (1), que define líneas programáticas, objetivos y estrategias, con el propósito de incrementar la esperanza de vida y los años de vida saludable para **Vivir Bien**. Para respaldar este horizonte, forman parte de las políticas nacionales de salud, estrategias como el Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI y el Bono Juana Azurduy.

Asimismo, la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, del MSD, ha conducido la elaboración participativa de dos planes estratégicos, el de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2009-2015, y para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015. Un elemento importante abordado en ambos planes, es el desarrollo y mejoramiento del sistema de información y de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (2,3) cuyos antecedentes se remontan a 1993, año de realización de la Conferencia Andina por una Maternidad sin Riesgo, celebrada en Santa Cruz de la Sierra, que detono un conjunto de acciones, entre ellas la organización de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (SVEMM) y la formulación más rigurosa, sistemática y periódica de protocolos clínicos.

Este documento contiene la quinta edición de la norma nacional del SVEMM con toda la experiencia acumulada en este proceso, que nació y evoluciono como una iniciativa básicamente nacional¹, recogiendo

1 Su base de sustentación es una investigación tipo RAMOS (4) realizada en 1994 por un grupo de estudio, con un grant otorgado por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, el proceso en Paraguay fue estructurado a partir de la normativa boliviana (5).

los acuerdos del Taller Nacional de VEMM (6), realizado en La Paz, en octubre de 2011, consensuada y aprobada en el Taller Nacional realizado en Julio de la presente gestión.

Sin embargo, hay que reconocer que el avance logrado ha sido insuficiente, y que la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna - VEMM ha enfrentado altibajos en sus 19 años de vida, principalmente por falta de compromiso y motivación. Asimismo, no obstante la existencia de tecnología e intervenciones exitosas para resolver las emergencias obstétricas, no quepa duda que "... la morbilidad y mortalidad materna prevenible abarca una gama de determinantes vinculadas a la salud, el desarrollo, los derechos humanos y las libertades fundamentales" (7).

Esta norma está dirigida a todos los actores de la VEMM, es decir:

- prestadores de servicios de salud, que enfrentan el proceso asistencial individual
- personas que tienen a su cargo el levantamiento de información de muertes maternas
- miembros de los Comités Técnicos de Vigilancia de la Mortalidad y Morbilidad Maternas
- responsables de las Redes de Servicios de Salud
- responsables de salud sexual y salud reproductiva de los SEDES
- personal del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica - SNIS-VE y
- representantes de la comunidad en las diferentes instancias de la estructura social de salud y de deliberación del componente de gestión participativa de la SAFCI en los diferentes niveles.

Este documento no es un modelo estático de VEMM. Al contrario, todos los actores encontrarán aquí un sendero para participar y cooperar, para crecer en el sentido personal e institucional y, fundamentalmente,

para hacer algo en favor de las decenas de Juanas, Evaristas, Angelas, Franciscas, Severas, Luisas, Justinas, Domingas, Herminias, Sofias, Leandras, Teodoras, Evangelinas, Lucias, Marías, Recinas, Rosas y tantas otras que anualmente fallecen en nuestro país, porque las emergencias obstétricas que amenazan sus vidas son atendidas, de manera inapropiada, inoportuna, o no son atendidas.

Capítulo 1

LA MORTALIDAD MATERNA COMO PROBLEMA

Un problema es un conflicto puntual, una situación difícil que debe ser resuelta. Por tanto, requiere ser identificado, delimitado, definido y formulado.

Al margen de su magnitud, la mortalidad materna es una injusticia social y una violación del derecho a la vida. Representa la terminación prematura del ciclo vital de mujeres cuyo inicio de vida probablemente ya presentaba un hándicap, por pertenecer a grupos sociales desprotegidos. De acuerdo con la ENDSA 2003 (8), la razón promedio nacional de mortalidad materna era de 229 defunciones por 100 mil nacidos vivos, cifra que es posible situarla alrededor del año 2000. Hoy, 13 años después, podría estar según estimaciones entre 150 y 180 (9).

El Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, presenta un modelo conceptual sobre las determinantes, condicionantes y causas biológicas de mortalidad materna. Causas estructurales, como el bajo empoderamiento de la mujer, se sitúan en la base; condicionantes, como la falta de acceso a servicios de salud, se ubican en el centro, en tanto que causas directas, como hemorragias y eclampsia, están en la cúpula (3).

Las defunciones de mujeres embarazadas están presentes prácticamente en todo el territorio nacional, aunque en 2010 solamente el 50% de los establecimientos de salud notificaron casos, y el 52% en 2011 (10). Representa un problema nacional, pero que afecta más a mujeres de grupos sociales excluidos de las ciudades, periferia y área rural. Por contexto, los departamentos altiplánicos son los más afectados.

Además del marco conceptual contenido en el plan estratégico de referencia, la mortalidad materna puede ser analizada desde otras

perspectivas, como: (a) el campo de salud, (b) las tres demoras y (c) las determinantes sociales de la salud.

El campo de salud

En el campo de salud (11), un problema, en este caso la mortalidad materna, recibe la influencia de cuatro esferas, cada una con riesgos y potencialidades, sean individuales o sociales. Los riesgos constituyen una realidad desfavorable para resolver el problema, en tanto que las potencialidades actúan positivamente (figura 1).

La biología humana tiene que ver con la persona que enfrenta la posibilidad de sufrir el problema (mortalidad materna). El medio, que rodea a la persona y sobre el que no es fácil actuar por la acción individual, contiene viabilizadores de diversa naturaleza puestos a disposición de la colectividad, pero también presenta barreras.

El estilo de vida es una suerte de prácticas habituales individuales y sociales, positivas y negativas. El cuarto elemento, el sistema de servicios de salud, es la oferta sanitaria ofrecida por el Estado a la colectividad, con sus propias barreras y viabilizadores, valores y contravalores.

El concepto del campo de salud presenta las siguientes ventajas: (i) permite establecer el modo que cada esfera afecta el grado de salud, o el problema particular analizado, (ii) ayuda a identificar las necesidades y, (iii) al mismo tiempo la forma de satisfacerlas. En razón a que un problema de salud puede ser causado por uno de los componentes del campo de salud o por una combinación de dos o más, con frecuencia la organización de la atención de salud ya no está en el centro de la solución del problema (11).

Figura 1. Campo de salud y mortalidad materna



Las tres demoras

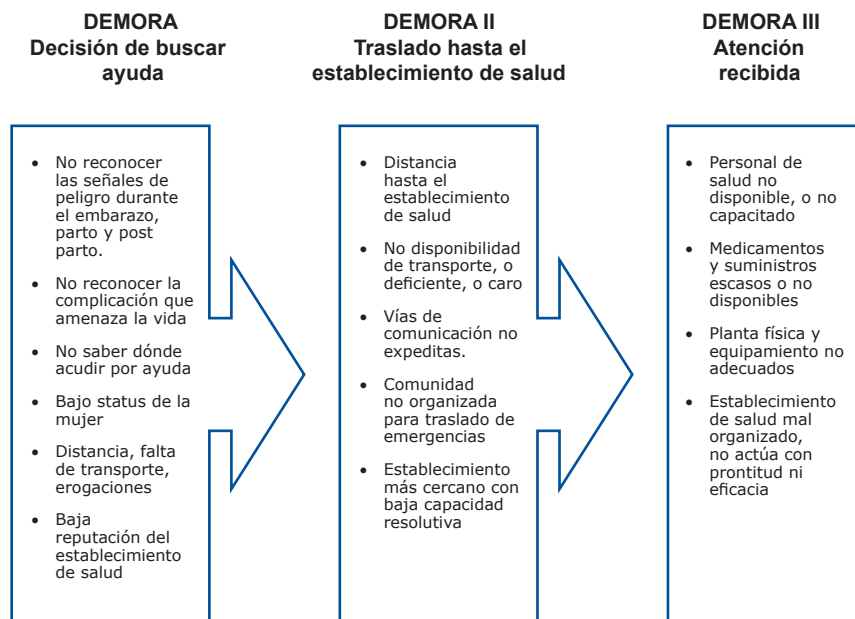
Cualquier demora en la atención de una mujer embarazada, en trabajo de parto, parto o después del parto que atraviesa una complicación grave puede causarle la muerte o una discapacidad severa. Igual peligro enfrentan el feto y el recién nacido/a.

La demora, que constituye un impedimento, un obstáculo o un bloqueo, puede ocurrir en la familia, en la comunidad donde reside la mujer, o en la red de establecimientos de salud al que acude. Así, la demora

se perfila como un factor fundamental en la ocurrencia de muertes maternas, perinatales y discapacidades.

La figura 2 muestra los aspectos que pueden tener que ver con cada tipo de demora, y que permiten comprender que la morbilidad obstétrica grave y su peor consecuencia, la mortalidad materna y perinatal, no son acontecimientos estrictamente biológicos sino expresiones particulares de las condiciones de vida, que repercuten en el desarrollo de los procesos psíquicos y físicos (12).

Figura 2. Las tres demoras que pueden ocasionar mortalidad materna y perinatal



Las tres demoras facilitan la comprensión de los factores por los que ocurre cada muerte materna. Mientras mayor sea el número de defunciones estudiadas y analizadas, mayor será la comprensión del problema y tanto los operadores como los administradores de programas podrán definir mejor, en el marco del campo de salud,

estrategias para la prevención de la morbilidad materna grave y la mortalidad materna.

Las determinantes sociales de la salud

Este aspecto siempre enunciado, pero no resuelto para las mayorías nacionales como fundamental en la contribución a la morbilidad y mortalidad en general, y de la materna y perinatal específicamente, demanda de un lado la incorporación dentro de la política de salud como está planteado en la política SAFCI y de otra la acción política colectiva que permita enfrentar la desigual distribución de riqueza, poder y conocimiento, a favor de la vida tanto humana como planetaria y en contra de las condiciones que generan enfermedad y muerte de segmentos importantes de la población y deterioro de los recursos naturales (21).

Avanzar en esta dirección de acción política, demanda dos aspectos, de un lado hacer entendible el discurso de las determinantes sociales de la salud, en tanto es un discurso complejo, que permita incorporarlo en la agenda de los sectores sociales y en el diseño y puesta en operación de políticas públicas. De otro lado para que logre mayor aceptación y potencia política debe ser claramente articulado a la lucha por el derecho a la salud, orientando la lucha política por configurar sociedades que detengan las inequidades e injusticias en salud (21).

De esta manera la perspectiva de las determinantes sociales de la salud se convierte en una herramienta útil para comprender los aspectos estructurales que tienen que ver con la realización de la salud y dota de mayor contenido político al discurso del derecho a la salud, dejando claro que su garantía pasa por cambios estructurales en los modos de producción y por una distribución equitativa de los recursos económicos (21).

Desde esta triple perspectiva, es posible formular las siguientes interrogantes.

- ¿Qué evita que las mujeres embarazadas con una complicación obstétrica que amenaza su vida reciban el tratamiento que les salvara la vida?

- ¿La comunidad en general, las mujeres embarazadas y sus familiares, reconocen signos de peligro, buscan ayuda y acuden oportunamente a un establecimiento de salud?
- ¿La comunidad local es consciente de la problemática que plantean las muertes maternas?
- ¿Cómo está organizada la comunidad para que las mujeres embarazadas con una emergencia obstétrica no permanezcan en su domicilio corriendo el riesgo de morir?
- ¿Hay planes de emergencia locales para trasladarlas hasta un establecimiento de salud con capacidad resolutive?
- ¿Cómo funciona la red de establecimientos de salud para la referencia y solución de las emergencias obstétricas?
- ¿Está mejorando la atención y solución de las emergencias obstétricas en los establecimientos de salud?
- ¿Se está realizando correcta y oportunamente los diagnósticos sobre complicaciones obstétricas así como la codificación de las muertes maternas?
- ¿La comunidad es consciente de la problemática que plantea trabajar en las determinantes sociales de la salud para mejorar la salud de la población en general y de contribuir a la prevención de muertes maternas?

Capítulo 2

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los escollos en la medición del progreso en mortalidad materna es la no comprensión de la diferencia entre las encuestas y la vigilancia epidemiológica. Las primeras, muy costosas, proporcionan solo una radiografía o una foto, en ocasiones bastante borrosa, sobre la magnitud de la mortalidad materna, debido a su gran limitación traducida en la imposibilidad de realizar desagregaciones suficientes del indicador, de suerte que sirvan para la planificación, proceso que requiere datos frescos.

Por el contrario, la vigilancia epidemiológica es un proceso continuo, dinámico y correctivo, que detecta los problemas, propone soluciones locales y facilita el seguimiento, acomodándose a las características del entorno social e institucional donde ha sucedido el acontecimiento, sin consecuencias punitivas ni repercusión legal que son aspectos de otros procesos administrativos y judiciales totalmente diferentes. Por supuesto que solo se desarrolla en la medida que los actores locales y de los diferentes niveles de gestión se comprometen de manera seria y sostenida para solucionar los problemas. Pero, la vigilancia epidemiológica sin participación comunitaria o social no es viable. Se limita a contar unas cuantas defunciones, porque la mayoría pasa desapercibida. La pirámide que aparece a continuación (figura 3), muestra tres niveles en los que es posible ubicar los diferentes escollos que en la actualidad enfrenta la VEMM en Bolivia².

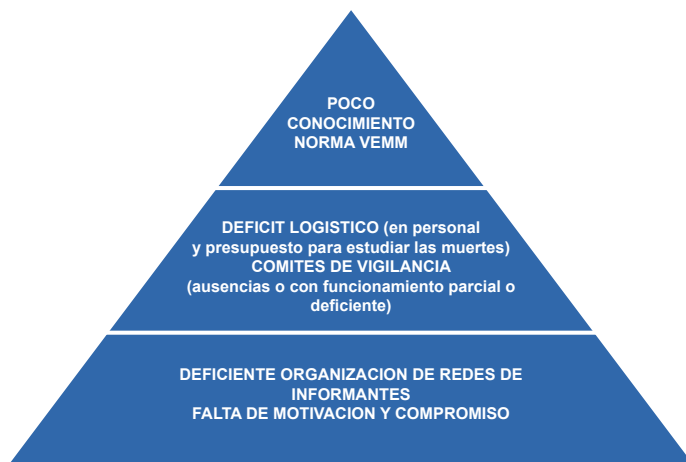
La principal barrera que enfrenta la VEMM actualmente es la falta de compromiso y motivación del personal de los diferentes componentes de atención de redes de servicios de salud todavía teóricas que deben cambiar a funcionales. Esta carencia genera a su vez una insuficiente y deficiente organización de las redes de información institucionales sin considerar la importancia y efectividad de las redes comunitarias. En ausencia o precariedad de estas, más la falta de Comités Técnicos de

2 Esta pirámide constituye una interpretación grafica de la realidad de la VEMM en Bolivia, a partir de la participación de los equipos de los SEDES en el Taller Nacional de Evaluación, realizado en la ciudad de La Paz en octubre 2011 (6).

la Vigilancia de la Mortalidad Materna - CTVMM o su funcionamiento parcial o inapropiado, dejan muy poco para estudiar y analizar, y por tanto la gestión de los recursos para llegar hasta los lugares donde ocurren los decesos, no es un asunto importante. Finalmente, si el proceso tiene fugas o brechas en las primeras dos etapas, la necesidad de conocer los aspectos normativos y prácticos de la VE pasa a segundo plano.

Para superar el principal escollo, situado en la base de la pirámide, está el hecho real, verificado a nivel internacional, que la vigilancia epidemiológica otorga conocimiento sobre el problema a todos aquellos que le regalan su tiempo y atención. Facilita el acercamiento institucional con la sociedad con el valioso aporte de la participación comunitaria en la planificación, ejecución – administración y seguimiento – control social en la Gestión Participativa en Salud - GPS en los distintos espacios de deliberación intersectorial de la salud - EDIS; que favorece el crecimiento personal por la reflexión constante sobre la situación, y contribuye al desarrollo de los cuidados obstétricos mediante la referencia y contrareferencia oportuna por la necesidad de estar en alerta permanente, además que a través de la información recabada es posible el abordaje y transformación de las determinantes sociales de la salud que involucran a la presencia de la mortalidad materna como tal de manera intersectorial.

Figura 3. Tres niveles de problemas que enfrenta la VEMM en Bolivia



OBJETIVO DE LA VEMM

Conocer las características sociales y biológicas de la mortalidad materna, mediante la interpretación de los datos recolectados, el reporte de los hallazgos y la evaluación del sistema mismo de VE, a fin de contribuir, en labor conjunta con las personas, familias y comunidades, a la prevención y control de la morbilidad grave y mortalidad maternas.

Así, la VE permite conocer la magnitud (medida a través de varios indicadores) (ver el cuadro 1) y la estructura (características de las mujeres, causas, distribución, por ejemplo) de la mortalidad materna. Sin embargo, para que esto pueda ser factible hay un requisito básico: que la cobertura del sistema sea de al menos el 80% de las defunciones (mejor si es de 90% o más)³.

Cuadro 1. Indicadores para medir la mortalidad materna

INDICADOR	FORMULA	INTERPRETACION	OBSERVACIONES
Razón de mortalidad materna	$\frac{\text{No. muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio en 1 año}}{\text{No. nacidos vivos mismo año}} \times 100.000 \text{ n.v}$	Es el riesgo de morir por una causa obstétrica directa o indirecta, durante cada embarazo en particular (expresa el riesgo obstétrico al que se enfrentan las mujeres embarazadas).	Hay que especificar si en el numerador están incluidas muertes maternas relacionadas y tardías. Por tanto, tiene implicaciones en el tipo de definición utilizada (ver el cuadro 2).

3 Para tener una idea aproximada de la situación, en cada municipio hay que aplicar el modelo descrito en el anexo 3. Igual tarea les corresponde a los Servicios Departamentales de Salud. Como ninguno de los dos modelos es perfecto, hay que estar atentos para detectar defectos o distorsiones.

INDICADOR	FORMULA	INTERPRETACION	OBSERVACIONES
Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{No. muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio en 1 año}}{\text{No. mujeres en edad fértil embarazadas mismo año}} \times 100.000 \text{ MEF}$	<p>Mide el riesgo obstétrico como la proporción de mujeres que se embarazan en un año dado.</p> <p>Por tanto, mide el impacto de la mortalidad materna en la población de MEF como conjunto.</p>	<p>Es una tasa verdadera porque en el numerador está incluido en el denominador.</p> <p>Hay que especificar si en el numerador están incluidas muertes maternas relacionadas y tardías.</p> <p>También, hay que especificar si en el numerador figuran defunciones de mujeres menores de 15 años y mayores de 49.</p>
Riesgo de morir por una causa materna durante la edad reproductiva	$\frac{\text{No. muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio en 1 año}}{\text{No. mujeres en edad fértil mismo año}} \times 35$	Es la probabilidad de morir por una causa obstétrica directa o indirecta durante la edad reproductiva (15 a 49 años).	Hay que especificar si en el numerador están incluidas muertes maternas relacionadas y tardías.
Mortalidad materna proporcional	$\frac{\text{No. muertes de mujeres en el embarazo, parto y puerperio en 1 año}}{\text{No. de defunciones de MEF por todas las causas mismo año}} \times 100$	Representa el porcentaje de defunciones de MEF que fallecen por una causa obstétrica directa o indirecta, en relación con el total de decesos de mujeres en edad fértil por todas las causas.	Hay que especificar si en el numerador están incluidas muertes maternas relacionadas y tardías.

Si la cobertura es menor, realidad que está presente en la mayoría de las redes de servicios y municipios del país, en tanto se la logre⁴ hay que renunciar a medir la magnitud (pero no a proseguir la VE) y hacer un serio y sistemático esfuerzo para detectar, estudiar y analizar los casos de muerte materna, tanto los que ocurren en el sistema de servicios de salud (como recomienda la comunidad científica internacional) (7,13-16) como los que acontecen en domicilio.

4 Hay que hacer seguimiento a partir de las estimaciones realizadas con los dos modelos citados anteriormente.

Estudiando los primeros, es posible sacar a luz las deficiencias asistenciales y necesidades de los establecimientos de salud y su personal, y estudiando las muertes domiciliarias, para averiguar los factores, barreras o demoras involucradas en cada caso, cuyo estudio, análisis y toma de decisiones debe hacerse conjuntamente los niveles de la estructura social de la gestión participativa en salud.

Si se procede a realizar lo anterior, la información generada por la VEMM servirá para la acción, y no solamente para contar las muertes y calcular la magnitud del problema mediante indicadores.

OBJETIVOS DE LA NORMA NACIONAL DE VEMM

1. Organizar (o reorganizar) la VEMM, conjuntamente las instancias operativas institucionales, con la participación de los niveles de la estructura social en salud y de los espacios de deliberación intersectorial, de los componentes de atención y de gestión participativa de la política SAFCI, a partir de los lineamientos contenidos en la norma nacional, con miras a una mejor detección, notificación y estudio de las muertes maternas, para su análisis, toma de decisiones, acciones y seguimiento.
2. Fortalecer la organización y funcionamiento de los Comités Técnicos de Vigilancia de la Mortalidad Materna, a fin de que mejore el proceso de VEMM en sus diferentes etapas.
3. Proporcionar a los niveles municipal, (locales y/o de redes de servicios), asistencia técnica y seguimiento en la VEMM, a partir de los lineamientos contenidos en la norma nacional, a fin de que el proceso alcance un desarrollo óptimo.

DEFINICIONES DE CASO

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Decima Revisión (17), de la Organización Mundial de la Salud, contiene las definiciones necesarias para que, el personal de salud, las personas que estudian las defunciones y los miembros de los Comités Técnicos de Vigilancia de la Mortalidad

Materna, puedan identificar, clasificar y codificar apropiadamente cada defunción materna (ver el cuadro 2).

Para propósitos de esta norma nacional, las definiciones de muerte materna han sido agrupadas en tres.

1. Definición “típica”, que sirve para el seguimiento del ODM-5 y que por tanto es la utilizada para comparación internacional entre países.
2. Definiciones complementarias, destinadas a mejorar la identificación de muertes maternas, porque incorporan causas biológicas de muerte adicionales y amplían el periodo de referencia.
3. Definición ampliada, incorporada en la norma nacional desde su segunda versión, en 1997, que resume todos los tipos de defunción materna.

Definición típica⁵

Defunción materna

“La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo,...”

“...independientemente de la duración y el sitio del embarazo,...”

“...debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención,...”

“...pero no por causas accidentales ni incidentales”.

En esta definición es posible advertir tres componentes: temporal, topográfico y causal.

“El componente **temporal** está contenido en el primer párrafo y en la primera parte del segundo. Establece el termino máximo de 42 días

5 Conceptos tomados de: De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla Condori Mario. Mortalidad Materna. En: Médicos Consultores. Salud Sexual y Reproductiva. La Paz: Imprenta Fácil; 2011:32-40 (12).

para que la defunción de una mujer embarazada pueda ser considerada como muerte materna típica. En el segundo párrafo se aclara que no interesa la duración del embarazo;...” (12).

“El componente **topográfico** figura en la segunda mitad del segundo párrafo. Quiere decir que cumplido el requisito de temporalidad descrito en el párrafo precedente, no interesa si el embarazo es eutócico o ectópico” (12).

“El componente **causal**, presente en el tercer y cuarto párrafos, establece que las causas biológicas pueden ser las afecciones propias del embarazo, o afecciones generales previas, pero agravadas por el embarazo. También deja en claro que las causas pueden estar relacionadas con el proceso asistencial (complicaciones anestésicas o quirúrgicas, por ejemplo). El último párrafo aclara que no ingresan en la definición típica de muerte materna las defunciones por causas accidentales (accidentes de tránsito, caídas y otros), ni las debidas a causas incidentales (homicidios y suicidios)” (12).

En relación con lo anterior, hay que tener en cuenta que la definición típica está dividida en dos:

Defunciones obstétricas directas

“Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (CIE-10^a).

Defunciones obstétricas indirectas

“Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo” (CIE-10^a).

Definiciones complementarias

Contienen variaciones en las causas biológicas de defunción y/o en el periodo de referencia. Como quedo dicho, ayudan a mejorar la

detección de defunciones maternas no consideradas “típicas”, que según la Encuesta PostCensal (18), representaron el 25 por ciento del total de decesos maternos correspondientes al año 2000.

Defunción materna tardía

“Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo” (CIE-10^a).

Defunción relacionada con el embarazo

“Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción” (CIE-10^a).

Muerte materna hospitalaria

La que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar de un hospital o establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la mujer y su fallecimiento. La muerte de una mujer en tránsito hacia un hospital o establecimiento de salud será considerada muerte hospitalaria si es que ocurre en una ambulancia o vehículo de la institución. La defunción será asignada al establecimiento de salud que refiere, excepto cuando la ambulancia o vehículo pertenezca al hospital o establecimiento de salud de referencia.

Definición ampliada

Defunción materna ampliada

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta antes de un año (364 días) de la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción⁶.

6 Esta definición, presente desde la segunda versión de la norma (19), ha sido formulada para propósitos específicos de la VEMM en Bolivia, a fin de detectar y registrar todos los tipos de defunciones maternas.

Cuadro 2. Definiciones internacionales de mortalidad materna⁷

DEFINICION	CAUSAS QUE LA DETERMINAN	TEMPORALIDAD
Mortalidad materna típica	Las obstétricas directas o propias del embarazo; las generales (obstétricas indirectas) agravadas por este, y las debidas a, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto.	Hasta 42 días de concluido el embarazo.
Mortalidad materna directa	Las obstétricas directas o propias del embarazo, y las debidas a, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto.	Hasta 42 días de concluido el embarazo.
Mortalidad materna indirecta	Las generales (obstétricas indirectas) que están presentes antes del embarazo o que evolucionan durante el mismo, agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.	Hasta 42 días de concluido el embarazo.
Mortalidad materna relacionada con el embarazo	Obstétricas directas e indirectas; intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto; accidentes, homicidios y suicidios.	Hasta 42 días de concluido el embarazo.
Mortalidad materna tardía	Obstétricas directas e indirectas	De 43 a 364 días de concluido el embarazo

Otras definiciones

Las siguientes definiciones también corresponden a la CIE-10^a, y sirven para la codificación de las causas de muerte, generales y específicas.

⁷ Cuadro tomado de: Médicos Consultores. Salud Sexual y Reproductiva. Guía práctica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta Fácil; 2011 (12).

Causa básica de defunción

“La causa básica de defunción es: (a) la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal” (CIE-10^a).

Causa directa de defunción

Es la enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente, antes de que ocurra el paro cardiorrespiratorio.

Capítulo 3

COMO ORGANIZAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Con la VEMM se busca mantener actualizado el registro y correspondiente conocimiento sobre la situación del problema, para la toma de decisiones apropiadas y oportunas. Esto requiere abordar tres aspectos: (a) las responsabilidades por nivel de gestión, (b) las redes de informantes y, (c) la procedencia de los datos sobre muertes maternas.

Responsabilidades por nivel de gestión

Hace referencia a las responsabilidades y funciones compartidas entre las instancias institucionales y sociales, en todos los niveles del componente de gestión participativa en salud, tal como aparece en el cuadro 3.

Redes de informantes

Para que funcione en forma permanente y regular toda la VE, es fundamental la detección y notificación de decesos maternos y más aun con la propuesta actual de detectar y notificar las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas hasta estudiarlas, por lo que es necesario conformar o fortalecer dos tipos de redes de información, preferentemente de manera simultánea, a partir de la estimación de la situación inicial, aplicando el modelo que aparece en el anexo 3.

Hay que tener en cuenta que para lograr una buena cobertura en la identificación de defunciones maternas estudiadas, en la segunda versión de la norma nacional (18) quedo definido que el grupo objetivo para seguimiento estaba constituido por mujeres fallecidas entre 12 y 54 años⁸, pero en el taller nacional del 2011 se ratifico la situación

8 En el Certificado Médico de Defunción (CEMED), la pregunta destinada a detectar si la defunción de una mujer está relacionada con un embarazo, debe ser considerada en casos de fallecidas entre 10 y 59 años, y el antecedente de embarazo hasta 12 meses antes de la muerte (20).

planteada en el Certificado Médico de Defunción de 10 a 59 años, a fin de lograr de una buena vez la credibilidad del SVEMM y para detectar defunciones maternas encubiertas por deficientes diagnósticos, como los siguientes:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Hemorragia (a secas) | Hemorragia genital |
| Anemia aguda | Choque hipovolemico |
| Sepsis (a secas) | Pelvi peritonitis |
| Crisis convulsiva | Edema agudo de pulmón |
| Embolia pulmonar | Coagulación intravascular diseminada |
| Infarto de miocardio | Accidente vascular cerebral |
| Insuficiencia renal aguda | Insuficiencia respiratoria |
| Abdomen agudo | Causa desconocida |
| Paro cardiorrespiratorio | |

Cuadro 3. Responsabilidades principales de los niveles de gestión del sector salud y de la comunidad en la VEMM

COMUNIDAD LOCAL	NIVEL LOCAL (municipio y redes)	NIVEL DEPTAL (SEDES)	NIVEL NACIONAL (MSD)
<p>Conforma la red comunitaria de detección y reporte de muertes maternas en domicilio</p> <p>Notifica las defunciones de mujeres de 10 a 59 años ocurridas en domicilio</p> <p>Participa en los CTVM y morbilidad grave</p> <p>Contribuye en la detección de mujeres en emergencia obstétrica</p>	<p>Promueve la conformación de CTVM (municipales y hospitalarios si corresponde) y les da seguimiento.</p> <p>Recoge las recomendaciones de los CTVM (municipales y hospitalarios, las difunde, les da seguimiento, y ejecuta las que le corresponde.</p> <p>Difunde en formatos apropiados los datos locales, en coordinación con los CTVM.</p>	<p>Promueve la conformación de CTVM (municipales y hospitalarios y el departamental), y les hace seguimiento.</p> <p>Da seguimiento a las recomendaciones de todos los CTVM, y ejecuta las que le corresponde.</p> <p>Compila datos de MM estudiadas, con la planilla mensual de seguimiento, e informa al nivel nacional.</p>	<p>Promueve la conformación de CTDVM y les hace seguimiento.</p> <p>Hace seguimiento a las recomendaciones de los CTDVM y ejecuta las que le corresponde.</p> <p>Compila los datos departamentales contenidos en las planillas de seguimiento mensual.</p>

COMUNIDAD LOCAL	NIVEL LOCAL (municipio y redes)	NIVEL DEPTAL (SEDES)	NIVEL NACIONAL (MSD)
Participa en la elaboración de planes de emergencia para el traslado a instalaciones de salud de embarazadas con complicaciones	<p>Planifica, ejecuta-administra, hace seguimiento y control social con los EESS a nivel local (ALS y CLS) de las decisiones tomadas a partir EDIS (reuniones locales, MMS.</p> <p>Identifica necesidades de capacitación en VEMM y otros tópicos de salud materna.</p> <p>Informa al nivel departamental.</p> <p>Gestiona recursos económicos para cubrir necesidades identificadas.</p>	<p>Difunde en formatos apropiados los datos compilados, en coordinación con el CTDVMM..</p> <p>Da seguimiento a los problemas detectados e intervenciones, junto con el CTDVMM.</p> <p>Planifica, ejecuta-administra, hace seguimiento y control social con CSDS de las decisiones tomadas (ADS)</p> <p>Proporciona información y apoyo técnico y científico al nivel local, junto con el CTDVMM.</p> <p>Evalúa cada año la VEMM departamental junto con el CTDVMM.</p>	<p>Difunde en formatos apropiados los datos compilados.</p> <p>Proporciona información y asistencia técnica y científica al nivel departamental, junto con el CTNVMM.</p> <p>Planifica, ejecuta-administra, hace seguimiento y control social con CSNS de las decisiones tomadas (ANS)</p> <p>Evalúa cada año la VEMM, junto con el CTNVMM.</p> <p>Promueve la revisión y actualización de la Norma Nacional de VEMM, cada tres años, con la participación de los CTDVMM y los SEDES.</p>

(a) Redes de establecimientos de salud

Es la red conformada por todos los establecimientos de salud del sector como red de servicios de salud funcional (públicos, de la seguridad social, ONG y privados), que incluye a los que ofrecen atención ambulatoria (consultorios, puestos de salud, centros de salud y policlínicos), a los que tienen camas de tránsito y a los hospitales y clínicas, y que por supuesto contempla a las unidades asistenciales de instituciones con funciones de salud delegadas, como las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

En los hospitales generales y especializados, la vigilancia de la mortalidad materna incluye todos los servicios, como emergencias,

terapia intensiva, gastroenterología, y no solamente los de ginecología y obstetricia.

El desempeño de esta red en cuanto a la notificación de defunciones maternas, debe seguir los lineamientos y flujos establecidos para la información por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

Esta red está afectada por la sub notificación, tal como fue establecido por la Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna, que detecto un sub registro del 50% (18) en el año 2000. Las causas de la sub notificación tienen que ver con dos aspectos: por un lado, el temor del personal de salud a recibir sanciones administrativas, en razón a que las muertes maternas en instalaciones de salud tienen cada vez mayores repercusiones y, por el otro, a la decisión de no reportar para no tener que estudiar el caso; ambas causas están vinculadas. Pero actualmente está influyendo mucho mas la confusión y mala interpretación de parte de algunas autoridades regionales de salud y especialmente judiciales que consideran la VEMM como parte de procesos administrativos o legales, situación nada cierta y que no tiene ninguna relación, porque son totalmente diferentes y está desvirtuando el proceso de la VEMM

En esta red debe tener lugar todo el proceso de VEMM, en coordinación y cooperación con la red comunitaria: notificación y registro de todo caso de muerte probablemente materna; estudio de la defunción; análisis del caso, identificación de problemas y toma de decisiones; seguimiento de las decisiones adoptadas; difusión de los resultados; evaluación de las actividades locales e institucionales de vigilancia epidemiológica.

Los problemas de esta red deben tener eco en las instancias propias del componente de atención y deliberativas del componente de gestión participativa en salud, que aparecen en el cuadro 4.

(b) Red comunitaria de informantes

Está constituido por personas de representación y participación de las comunidades urbanas (Autoridades Locales de Salud, Comités

Locales de Salud, juntas de vecinos organizaciones sociales, ONG, defensorías, sindicatos, clubes de madres), y rurales por Autoridades Locales de Salud (ayllus, marcas tentas capitánías, jathas), OTBs. juntas vecinales, organizaciones sociales y otros), que como activa participación comunitaria dentro el principio de la SAFCI a través de sus representantes legítimos en salud participan corresponsablemente en el proceso de la VEMM. Su estructura y magnitud depende tanto de la gravedad local del problema como de las actividades de abogacía en favor de la salud de las mujeres que realicen los equipos de salud y las autoridades locales de salud.

La tarea debe ser asumida corresponsablemente también por agentes comunitarios o voluntarios de salud (vigilantes), líderes locales, autoridades naturales y administrativas, médicos y parteras tradicionales, párrocos, maestros rurales, responsables de cementerios, oficiales de registro civil y personas particulares.

Cuadro 4. La SAFCI a través de los modelos de atención y gestión⁹

COMPONENTE DE ATENCION SAFCI	COMPONENTE DE GESTION PARTICIPATIVA		
	Estructura estatal	Estructura social	Espacios deliberativos
Forma de acercar el servicio	Nacional - MSD	Consejo Social Nal. de Salud - CSNS	Asamblea Nal. de Salud - ANS
de salud de I,II, III nivel con las personas, familias y la	Gobernación (SEDES)	Consejo Social Deptal. de Salud - CSDS	Asamblea Deptal. Salud - ADS
comunidad o barrio a partir de una atención basada en el	Municipal - "DILOS"	Consejo Social Municipal de Salud - CSMS	Mesa Municipal Salud - MMS
respeto, acompañamiento y toma de decisión informada acerca de la conducta a tomarse en nuestra salud.	Local - Establecimiento de Salud Comunidad / Barrio	Comité Local de Salud - CLS Autoridad Local de Salud - ALS	Reuniones locales, CAI

9 Tomado de: Salud Familiar Comunitaria Intercultural – Documento técnico estratégico – Publicación 171 – La Paz 2011 y del Dossier Bibliográfico de la Residencia en Medicina SAFCI La Paz: 2012

Es en este contexto que dentro la política SAFCI en el componente de gestión participativa en salud se generan espacios de deliberación intersectorial de la salud, que de acuerdo al grado de organización y funcionamiento es el espacio donde se van a tomar decisiones de manera corresponsable en cuanto a la gestión de la salud en general y de la mortalidad materna en particular, mediante la planificación, ejecución – administración, seguimiento y control social tanto en el nivel local, municipal, departamental y nacional.

Para dar inicio a la conformación de una red de informantes comunitarios, o reactivarla, puede ser aconsejable dar los siguientes pasos, en el orden de importancia que la realidad local lo establezca:

- Identificación de la magnitud del problema (aplicar el modelo municipal para estimar el número de defunciones maternas).
- Preparación de argumentos y materiales que permitan mostrar la situación tanto a la comunidad como al personal de salud. Si la población municipal es muy pequeña (menos de 5.000 habitantes) y no hay defunciones maternas esperadas, esta red podría asumir la responsabilidad de detectar embarazadas en emergencia obstétrica¹⁰, aunque esta debe ser una responsabilidad global de todas las redes, tanto institucionales como comunitarias.
- Socialización de la problemática social de la mortalidad y morbilidad maternas, y la necesidad de actuar en coordinación y cooperación entre los equipos de salud y la estructura social en salud de la sociedad civil local a partir de los diferentes espacios de deliberación intersectorial de la salud.
- Estructuración de la red comunitaria, con instituciones que registran hechos vitales (registro civil, cementerios) e informantes clave (maestros rurales, párrocos, secretario de salud del sindicato agrario).

10 Por cada 1.000 habitantes cada año hay alrededor de 35 embarazadas. De estas, se considera que un 15% puede enfrentar un episodio de morbilidad grave.

- Definición de compromisos, actividades, tareas, responsables y plazos (debe quedar por escrito).
- Acuerdos sobre la modalidad del reporte de muertes maternas (verbal, por escrito, teléfonos o utilizando algún formato como se presenta algunos ejemplos en el anexo 4), la frecuencia y el lugar donde será realizada la notificación.
- Elaboración de material educativo que ayude a la mejor comprensión de los conceptos y procedimientos de la vigilancia epidemiológica, a fin de garantizar la oportunidad, claridad y veracidad de la información proporcionada¹¹.
- Reuniones periódicas de seguimiento y realización de acuerdo al grado de organización de los Espacios de Deliberación Intersectorial de la Salud.
- Es fundamental aprovechar la conformación de esta red para la elaboración de planes locales de emergencia que permitan trasladar embarazadas con complicaciones, y también para organizar una red de transporte y comunicación.

Los problemas de esta red deben tener eco en los diferentes espacios de deliberación intersectorial de salud de la gestión participativa en salud que aparecen en el cuadro 4.

Procedencia de los datos

Los datos relacionados con las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas proceden de dos espacios:

1. Defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas ocurridas en establecimientos de salud, de cualquier nivel de atención (puestos y centros de

11 Historias de vida breves, anónimas, constituyen un excelente medio para sensibilizar y sacar a luz los factores presentes en cada demora. Pueden ser relatadas en reuniones con las organizaciones sociales, o impresas en una página y distribuidas; también, el sociodrama es otra forma apropiada.

salud, consultorios, policlínicos, hospitales, clínicas e institutos), y de todos los subsectores (público, seguridad social, ONG y privados). En este contexto deben ser incorporados los decesos de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas ocurridas en el proceso de referencia y contrareferencia, de acuerdo con la definición de “muerte materna hospitalaria”.

2. Defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas ocurridas en domicilio. Deben ser incluidas las muertes domiciliarias sin atención de salud, y también las que recibieron asistencia de: familiares, vecinos, parteras, otros médicos tradicionales, incluido el personal de salud (auxiliar de enfermería, enfermera, medico). También, los que tuvieron lugar fuera de los domicilios (vía pública; en vehículos que no pertenecen a establecimientos de salud; instalaciones que no son de salud, como alojamientos).

Capítulo 4

ETAPAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA¹²

La VEMM tiene seis etapas. El modelo funciona bastante bien si son desarrolladas a plenitud las cuatro primeras, pero si todas y todos entendemos el proceso como **vigilancia de salud pública**, no deben quedar al margen las dos últimas, ya que permiten establecer la efectividad del sistema de salud en cuanto a su misión social de otorgar seguridad a las madres durante el embarazo, parto y a los recién nacidos/as en el momento de su nacimiento.

Etapa I: Detección, notificación y registro de muertes maternas

Esta etapa es la más importante de todo el sistema y depende mucho de esta las subsecuentes cinco etapas, actualmente del SVEMM no se cumple a cabalidad esta etapa, y siendo la principal existe mucho sub registro y por tanto las demás etapas no se cumplen a cabalidad y es con mucha certeza la causa de la situación en la que nos encontramos actualmente en lo que se refiere a la información sobre la mortalidad materna en el país.

Ha sido una de las etapas más discutidas y que ha recibido importantes sugerencias y variaciones durante los talleres nacionales de evaluación realizado en octubre del 2011, y consensuado y aprobada en el taller nacional de Julio del 2013, para lograr el cometido de la VE

La principal y más importante conclusión y aprobación unánime es que deben ser notificadas, registradas y estudiadas todos los casos de sospecha de probables muertes maternas en mujeres de 10 a 59 años, para llegar a una definición o descartar el caso, como muerte materna evidente o confirmada mediante los CTVM.

Todas las defunciones de mujeres de 10 a 59 años especialmente durante el proceso reproductivo deben ser registradas con sospecha

12 Este capítulo recoge las recomendaciones de los talleres nacionales de evaluación de la VEMM, realizado en La Paz, en octubre 2011 y julio 2013.

de probables muertes maternas y corresponde notificarlas. Notifica cualquier miembro de la comunidad o del personal de salud en lo que va del año, aunque hubieran transcurrido semanas o incluso meses desde la defunción.

Lo ideal es que se de aviso lo más pronto posible, por lo que se dispone la notificación inmediata de las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas detectadas, es decir tan pronto se tenga conocimiento de que ocurrieron, y deben ser registradas en la planilla de seguimiento que obligatoriamente debe acompañar al formulario 302 del SNIS - VE.

El requisito indispensable para el cumplimiento pleno de esta etapa es la conformación, funcionamiento y seguimiento de las dos redes de información: la comunitaria y la de establecimientos de salud, para evitar el sub registro tanto de los decesos ocurridos en domicilios como en cualquier institución prestadora de servicios de salud, respectivamente.

Esta etapa tiene dos partes: una es la **detección y reporte**, es decir enterarse y dar aviso, y la segunda es el **registro**, es decir su inscripción en el SNIS-VE

Si bien los casos pueden ingresar al sistema departamental por cualquiera de las dos vías, la comunicación y coordinación entre ambas es fundamental, para lograr la mayor cobertura en lo posible de todas las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables, así como también registrar las muertes maternas evidentes o confirmadas de todas las detectadas que se diferenciaran claramente con las nuevas columnas del Formulario 302 semanal del SNIS – VE, donde se registraran todas las notificadas así como después las confirmadas para evitar confusiones en los datos como sucedía antes¹³.

En esta etapa con la modificación en el Formulario 302 del SNIS – VE, tienen vigencia dos aspectos importantes:

13 En el taller nacional de evaluación de la VEMM, realizado en la ciudad de La Paz en octubre 2011, se comprobó que en la mayoría de los SEDES, el SNIS-VE y el Programa de SSR dentro el SVEMM manejan cifras similares.

- (a) La detección y reporte obligatorio de las defunciones de mujeres entre 10 y 59 años con sospecha de probables muertes maternas detectadas, a partir de los diagnósticos de sospecha listados en páginas anteriores.
- (b) la detección, reporte y registro (previa confirmación mediante el estudio de los CTVMM Departamentales) de defunciones maternas seguras, evidentes o confirmadas.

Las defunciones de mujeres de 10 a 59 años que ocurren en establecimientos de salud quedan anotadas en las historias clínicas, en los libros de registro de los servicios en general y especialmente de ginecología y obstetricia, emergencias y/o de quirófano; algunas instituciones llevan libros de defunción. En cambio, el conocimiento de la ocurrencia de muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas en domicilio es más complejo, y requiere, como quedo dicho, en la conformación de redes comunitarias de información, compuestas por: (a) Comité Local de Salud e instituciones (parroquias, policía local, oficialías de registro civil, cementerios locales), y (b) informantes clave (autoridades locales de salud, maestros, agentes voluntarios de salud, vigilantes, entre otros).

La identificación de las que ocurren en domicilio, para que no pasen desapercibidas, a partir de los hogares, deben ser notificadas al establecimiento de salud más cercano, y éste, a su vez, también de forma inmediata a la Coordinación de la Red de Servicios de Salud correspondiente. También, es posible notificarlas a los equipos móviles de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural - SAFCI, que por su condición itinerante toman contacto con poblaciones alejadas de establecimientos de salud.

Las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas en establecimientos de salud de primer y segundo nivel, de cualquier institución pública, privada, ONG o de la seguridad social, serán notificadas de inmediato y en forma obligatoria a la cabecera municipal, coordinación de la red de servicios de salud. Las que ocurren en hospitales departamentales y especializados,

de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional o de cualquier otra institución, de inmediato al Servicio Departamental de Salud - SEDES.

La notificación comunitaria serán realizadas al personal del establecimiento de salud mas cercano y este a su vez, también de forma inmediata a la cabecera municipal y/o coordinación de la red de servicios. La notificación puede ser realizada de forma verbal, en un papel o mediante los diferentes formatos, fichas o formularios utilizados como lecciones aprendidas que se presentan en el anexo 4. También, puede ser por radio o teléfono, sea fijo o celular.

Asimismo, la situación es diferente en las capitales de departamento, que en las ciudades intermedias y en las pequeñas localidades y territorios dispersos. En estos dos últimos, la red social de información comunitaria es más importante que la institucional, debido a que es más probable que la mayoría de decesos ocurra en los domicilios. De igual manera, en los contextos territoriales más pequeños, por la poca población, es posible que en un año no ocurran muertes maternas, pero al siguiente, sí.

Identificada una muerte de mujer de 10 a 59 años con sospecha de probable muerte materna¹⁴, corresponde notificarla. Notifica cualquier miembro del equipo de salud y de la comunidad. La notificación será de las defunciones de mujeres de 10 a 59 años ocurridas durante el año que corre, aunque hubiera transcurrido semanas, incluso meses, desde la defunción.

Lo ideal es que se dé aviso lo más pronto posible: (a) en las siguientes 24 horas, si el deceso ha ocurrido en ciudades capital o en ciudades intermedias y, (b) en las siguientes 48 horas, en contextos más pequeños y dispersos. Cumplido esto, hay que proceder con la notificación **semanal obligatoria**, establecida por el SNIS-VE, en la nueva columna de muerte materna de acuerdo al grupo etareo que

14 La notificación de las muertes de mujeres de 10 a 59 años como probables muertes maternas es importante, para generar la obligación de estudiarlas, confirmarlas o descartarlas como muerte materna, aunque dicho estudio y registro como tal fuera diferida para después de algún tiempo, especialmente si presenta situaciones conflictivas con prensa o de orden administrativo y/o judicial, ya que solo tiene fines de VE de carácter correctivo y preventivo de otras muertes por esas mismas causas; y puede ser registrada en la columna de evidente o confirmada en otro mes del que fuera notificada.

corresponde, en vista de que se trata de un evento para vigilancia epidemiológica.

Esta etapa de la VEMM está relacionada con la cobertura del proceso y, por tanto, con la posibilidad o **no** de obtener indicadores, es decir estadígrafos que permitan describir tanto la magnitud del problema como su estructura, que son el propósito mismo de la vigilancia epidemiología.

Con una cobertura menor del 80%, incluso 90% es muy arriesgado construir indicadores de magnitud, pero es posible elaborar, con el número de muertes estudiadas y confirmadas como evidentes muertes maternas (cifras absolutas), la estructura de la mortalidad, que será tanto menos confiable cuanto menor sea la cobertura del sistema.

Para el efecto se ha restituido el formulario mensual de notificación de defunciones como **planilla de seguimiento de las defunciones de mujeres entre los 10 y 59 años con sospecha de probables muertes maternas**, donde deben colocarse todos los datos solicitados o en caso de no existir muerte de mujer de 10 a 59 años durante el mes, debe reportarse ***sin novedad***, el formato se encuentra en el anexo 1 de esta Norma, y debe ser utilizada y adjuntada en forma obligatoria al formulario 302 en el Informe Mensual de Producción de Servicios del SNIS – VE.

En las Coordinaciones de Redes se llevará la misma planilla de seguimiento¹⁵ de todas las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas, desde que son notificadas con una causa probable de defunción. El propósito de la planilla está explicitado en la etapa de estudio de casos, porque con ella se pretende establecer el número total de muertes detectadas y notificadas en la forma más rápida posible, por cualquier medio indicado anteriormente, por las planillas de seguimiento mensual de los Establecimientos de Salud o por medio del Certificado Médico de Defunción – CEMED, para ser registradas en las nuevas columnas del formulario semanal 302 de NOTIFICACION PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA del

15 En los SEDES deberá ser utilizada la misma planilla, con los reportes recibidos de los niveles locales y municipales.

SNIS – VE, como muerte materna probable detectada y ser procesada solamente como tal por el SNIS – VE.

Todas estas defunciones notificadas en la planilla de seguimiento deben ser estudiadas con las Fichas Epidemiológicas del SVEMM parte I y II o ambas según corresponda, para que los CTVMM correspondientes de la VEMM, definan de acuerdo al Informe de Conclusiones parte III si es o no una evidente muerte materna de acuerdo a las definiciones clasificatorias y recién autorizar ser registrada en la columna de muerte materna confirmada del formulario semanal del SNIS – VE las que así correspondan. El análisis y definición de muerte materna es responsabilidad de los CTVMM de la VEMM no del SNIS - VE.

Estas muertes maternas confirmadas por los CTVMM Departamentales de la VEMM serán las únicas registradas en la planilla mensual cuyo formato se encuentra en el anexo 1, en la que deben estar registradas todas las defunciones que mediante el estudio del caso se confirmo como tal, esta planilla tiene el propósito de establecer cuantas defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas notificadas en la planilla de seguimiento han sido estudiadas y confirmadas y serán las que se registraran en la columna de muerte materna confirmada en el formulario 302 del SNIS – VE.

La misma planilla será empleada en los SEDES, para consolidar los datos de todo el departamento. Esta planilla deberá ser remitida cada tres meses a la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, para consolidarlos como departamentales y nacional.

Como referencia en el siguiente cuadro 5 hay datos absolutos de cuatro años relacionados con probables defunciones maternas en servicios de salud y fuera de ellos, y que solo en algunos casos fueron estudiados y evidenciados como muertes maternas, pero ya no fueron registradas como tales, y nos da una idea de la cobertura de los casos notificados a nivel departamental por el SNIS – VE, y nótese la diferencia en relación a la Encuesta Post Censal 2000, por lo que se puede asegurar el sub registro existente.

Cuadro 5. Número de muertes maternas, dentro y fuera de los Establecimientos de Salud, según dos fuentes de datos Bolivia, 2000 y 2009, 2010 y 2011

DEPTO	2000 (EPMM)			2009 (SNIS)			2010 (SNIS)			2011 (SNIS)		
	Total	Dentro	Fuera	Total	Dentro	Fuera	Total	Dentro	Fuera	Total	Dentro	Fuera
LPZ	238	88	150	57	33	24	40	22	18	73	45	28
SCZ	120	56	64	40	32	8	39	33	6	41	32	9
PTS	89	29	69	17	7	10	29	7	22	20	3	17
CBBA	70	18	52	31	21	10	20	14	6	31	12	19
BEN	34	17	17	5	4	1	9	8	1	16	14	2
CHU	33	5	28	30	16	14	17	7	10	20	12	8
ORU	26	13	13	13	8	5	18	11	7	13	10	3
TJA	16	7	9	12	10	2	6	5	1	7	5	2
PDO	0	0	0	3	1	2	2	1	1	2	2	0
BOL	626	233	393	208	132	76	180	108	72	223	135	88

En esta etapa corresponde aplicar el modelo municipal para estimar el número anual de muertes maternas, como un punto de referencia para comparar con lo que sucede a lo largo del año. El cálculo debe ser realizado al comenzar cada año. Igual tarea les corresponde a los SEDES, aplicando el modelo departamental. En el anexo 3 figuran ambos modelos.

Etapa II: Estudio de las defunciones maternas notificadas

La etapa de **estudio de las defunciones** permite documentar cada caso de sospecha de probable muerte materna, mediante dos fichas epidemiológicas de muerte materna (ver en anexo 1), aplicadas mediante la técnica de entrevista individual estructurada:

- **Ficha Epidemiológica de la Muerte Materna - Parte I** (autopsia verbal), para defunciones tanto domiciliarias como en establecimientos de salud;

- **Ficha Epidemiológica de la Muerte Materna** Parte II (autopsia institucional) solamente para defunciones ocurridas en establecimientos de salud.

La aplicación de ambas fichas epidemiológicas puede estar a cargo de un médico, una enfermera o una auxiliar de enfermería, que conozcan en detalle el proceso de llenado de los instrumentos y que tengan habilidades para comunicarse con los informantes familiares e institucionales.

La persona encargada del estudio del caso debe entrevistar a las personas relacionadas con la difunta (familiares que estén en condiciones de proporcionar información), y al personal de salud que participe en la atención (médico tratante y personal de enfermería).

También, la entrevista para llenar la parte I (autopsia verbal) puede ser realizada por una Trabajadora Social, o por algún agente de salud comunitario que reúna las condiciones suficientes y haya sido capacitado/a para el efecto, también se puede recurrir como acompañante al personal comunitario, especialmente en los casos detectados por ellos o ellas, de muertes domiciliarias o para la entrevista con familiares de muertes institucionales conocidas solo en la comunidad, para complementar con el respeto a los usos y costumbres de la comunidad.

En caso de defunción en un establecimiento de salud, hay que revisar el expediente clínico en todas sus secciones (historia clínica, exámenes auxiliares, hojas de enfermería, hojas de evolución, protocolo quirúrgico y otros).

Esta etapa de la VEMM requiere contar con presupuesto, por cuanto si la defunción ha ocurrido a cierta distancia de la base de trabajo, la persona encargada de realizar el estudio tendrá que movilizarse a otra comunidad y, en ciertos casos, pernoctar.

Ya se vio que la falta de recursos es un escollo intermedio para el desarrollo pleno de la VEMM (ver la figura 3). Por tanto, las instancias de la gestión participativa local en salud a nivel municipal (Reuniones locales, CAI comunales, Mesas Municipales de Salud), pueden ayudar

en este cometido resaltando la importancia de la prevención de la mortalidad materna como tema prioritario a ser abordado a través de su inserción en la Estrategia Municipal de Salud y su operativización con recursos del POA Municipal (ver el cuadro 4).

El estudio de cada caso de defunción de mujer de 10 a 59 años con sospecha de probable muerte materna notificada será realizada de acuerdo con el lugar de la defunción y la complejidad del establecimiento de salud, según lo que señala el cuadro 6¹⁶. La persona que estudia el caso no tiene que ser necesariamente miembro de un CTVMM como se dijo anteriormente y en algunas redes de servicios existen personas especialmente capacitadas para el efecto.

Cuadro 6. Estudio de muertes maternas notificadas según lugar de ocurrencia y tipo de establecimiento de salud

TIPO LUGAR	MUERTE MATERNA EN DOMICILIO	MUERTE MATERNA EN PUESTO O CENTRO DE SALUD	MUERTE MATERNA EN HOSPITAL BASICO	MUERTE MATERNA EN HOSPITAL GENERAL O ESPECIALIZADO
Municipios de capital de departamento	CTMVMM correspondiente a un municipio o red de servicios	CTMVMM correspondiente a un municipio o red de servicios	CTHVMM, CTMVMM, CTDVMM	CTHVMM, CTDVMM
Municipios no capitalinos	CTMVMM correspondiente a un municipio o red de servicios	CTMVMM correspondiente a un municipio o red de servicios	CTMVMM correspondiente a un municipio o red de servicios	

16 En la realidad, la mayoría de defunciones maternas no son estudiadas por los CTVMM, sino directamente por una instancia administrativa de salud. Esto sucede con más frecuencia en los municipios que no son capital de departamento. La experiencia internacional señala que las defunciones deben ser estudiadas por los CTVMM en dos circunstancias: (a) cuando el sistema de salud no cuenta con personal capacitado y, (b) cuando hay una decisión local o institucional para que se haga de esa manera (14).

Puede ser aconsejable no realizar la entrevista a la familia con la Ficha Epidemiológica de la Muerte Materna (parte I: autopsia verbal) de forma inmediata a la ocurrencia del fallecimiento, para darles un tiempo a los dolientes más cercanos para que procesen el hecho y se establezcan emocionalmente; también si el caso resulta conflictivo o está en proceso administrativo o judicial. Dos o tres semanas de espera puede ser un tiempo prudente. Si el fallecimiento ocurrió tiempo atrás, no es necesario esperar.

Cuando la defunción es reciente y ha ocurrido en un establecimiento de salud, pero la difunta y sus familiares no pertenecen a la localidad donde ocurrió el hecho, hay que realizar la entrevista, o asegurarse de que será posible ubicar a algún miembro de la familia en los próximos días o semanas.

Para aplicar la Ficha Epidemiológica de la Muerte Materna - parte II (autopsia institucional), es mejor no dejar pasar el tiempo¹⁷, excepto si el caso resulta conflictivo y se ha dado inicio a un proceso administrativo o judicial. En estos casos, es preferible que la VEMM entre en un compás de espera, porque de lo contrario es posible que las fichas sean requeridas por la autoridad administrativa o judicial, que no es pertinente ya que el estudio es para VE y no punitivo.

Asimismo, no deben involucrarse en el estudio exclusivo para la VEMM, otras instituciones, como la Policía con la Fuerza Especial de Lucha contra el Crimen o de Violencia, ni las Defensorías, distorsiones del proceso que fueron comentadas durante los últimos talleres nacionales de evaluación.

Con el resultado del estudio de caso todavía no es posible establecer si la muerte fue o no materna, aunque exista un informe preliminar de conclusiones del CTVMM Hospitalario que concluya de esa manera, lo importante de la presente edición de la norma es que debe ser ratificada o confirmada por el CTVMM Departamental, después de cuyo proceso el dato recién debe ser registrado en la nueva columna de muerte materna confirmada del SNIS-VE, una vez comunicada esta conclusión final al lugar o establecimiento de salud de procedencia.

17 La realidad ha enseñado que mientras más tiempo pasa, es menor la posibilidad de encontrar un expediente clínico completo y original.

A partir del nuevo diseño de los formularios del SNIS - VE se deben registrar en la columna de **Muertes Maternas Notificadas**, todos los casos de muertes de mujeres entre 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas en cada uno de los establecimientos de salud donde fue reportada o notificada, una vez que son estudiadas en los CTVM respectivos (Municipal u hospitalario) las copias de las fichas epidemiológicas deben ser enviadas al CTVM Departamental donde las Fichas Epidemiológicas de Muerte Materna – parte III: Informes de Conclusiones serán ratificadas y confirmadas como evidentes muertes maternas dentro las definiciones de la clasificación internacional, y serán comunicadas al Establecimiento de Salud de origen donde deberán ser registradas en la nueva columna del SNIS-VE como **Muerte Materna Confirmada** y serán las que se utilicen tanto a nivel local, regional y nacional para informes de compromisos internacionales y para la publicación de resultados¹⁸.

Lo ideal para una información cruzada y de calidad de los datos es que en los CAI institucionales y en las instancias de la estructura social de salud de todo nivel se informe del total de probables muertes maternas detectadas de 10 a 59 años, cuantas son evidentes muertes maternas, cuantas dentro la definición ampliada y cuántas muertes maternas relacionadas con el embarazo.

Etapa III: Análisis de las muertes maternas estudiadas y toma de decisiones

Esta etapa del proceso es clave porque tiene que ver con la existencia y funcionamiento apropiado de los CTVM, cuyos objetivos, funciones, composición y otros aspectos, están detallados en el capítulo siguiente.

Los CTVM, luego de que sus miembros han recibido por anticipado las fichas epidemiológicas de cada defunción, valoran la calidad de la información, la estudian, individualmente y luego de un concienzudo

18 Hay defunciones maternas que por sus características (retención de placenta, por ejemplo), no dejan dudas desde el mismo momento que son notificadas. Pero esta no es razón para no estudiarlas, porque de lo contrario no será posible sacar a luz los factores sociales, familiares y comunitarios que estuvieron presentes en el deceso, y por tanto esa muerte no constituirá "lección aprendida".

análisis como equipo de trabajo, finalmente emiten un informe técnico de consenso, en cuanto a las causas de la defunción y factores involucrados, en la ficha epidemiológica de Informe de Conclusiones – Parte III del SVEMM.

El análisis debe hacerse en el marco del campo de salud (ver la figura 1) de las tres demoras (ver la figura 2) y de las determinantes sociales de la salud (política SAFCI), que constituyen modelos de análisis situacional que permiten ubicar el problema, en este caso una muerte materna, en el ámbito individual, familiar, comunitario y de la atención de salud. Los factores negativos o barreras identificados, ayudaran a entender cada defunción más allá de la atención de salud, que incluso pudo haber estado ausente.

Asimismo, la metodología de detección de **eslabones críticos** en la prevención de mortalidad materna, es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención clínica (anexo 5). Los CTVMM tienen la oportunidad de convertir la información sobre mortalidad materna en conocimiento estratégico, y transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones, al escrutinio de las fallas del sistema de atención o traslado. También, es posible analizar los procesos organizacionales críticos para la calidad y la oportunidad de la atención (ver el resumen en el anexo 5 y también se puede consultar la metodología completa en Google).

Las fichas epidemiológicas deberían estar acompañadas, siempre que sea posible (las personas que estudian las defunciones deberán hacer los esfuerzos del caso para que así sea), de fotocopias de: historia clínica general y perinatal, CEMED y alguna otra documentación pertinente (por ejemplo, hojas de evolución o de enfermería, del expediente clínico y otros), en la que este consignada información relevante o esclarecedora.

La participación en este tipo de CTVMM requiere de motivación, para conseguir que funcionen de manera regular. Sus miembros, designados formalmente pero con carácter voluntario, deben descubrir, a partir del trabajo que realizan (buscar información, reflexionar, leer, consultar), el efecto que tiene en su crecimiento personal y/o profesional el analizar defunciones maternas cuya trascendencia familiar y social es indiscutible, y donde va jugar un rol importante el CTMVM

conformado por personal de la red de servicios y de la comunidad motivados y comprometidos y que se organiza para promover la salud de la comunidad.

Cuadro 7. Indicadores de salud para análisis por los Comités

CUIDADO PRENATAL	ATENCIÓN DEL PARTO	CUIDADO PUERPERAL
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura prenatal • Prenatal antes 5° mes • Promedio CPN • Porcentaje de embarazadas con 4 CPN • Anemia gestacional • Bajo peso materno - IMC • Morbilidad obstétrica grave (casi muertas) • Embarazo en adolescentes • Hemorragias primera mitad del embarazo • SUMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura parto en servicio e institucional • Porcentaje de cesáreas • Morbilidad obstétrica grave (casi muertas) • Mortalidad perinatal • Bajo peso al nacer • Apgar menor a 7 • Parto prematuro • SUMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura puerperio • Lactancia materna • Morbilidad obstétrica grave (casi muertas) • Anticoncepción • SUMI

Los CTVMM no deben limitarse a reuniones entre cuatro paredes para analizar las muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas y una vez estudiadas definir y confirmar las muertes maternas evidentes. Deben también realizar trabajo hacia afuera, por ejemplo incorporando a la red de servicios diferentes servicios fuera de ginecología y obstetricia, buscando en ellos defunciones probablemente maternas. Cumplen también funciones de capacitación y de análisis de otros indicadores de salud, como por ejemplo los que aparecen en el cuadro 7.

El número de miembros de un CTVMM es fundamental. Pocos integrantes pueden restarle estímulo al trabajo; muchos, lo desnaturalizan, y se corre el riesgo de que el CTVMM se convierta en una asamblea donde todos hablan pero nadie es responsable de nada.

Cuando la VEMM carece de CTVMM, o estos funcionan de manera irregular y sin entusiasmo, lo que en realidad sucede es que se está procediendo al simple conteo de muertes maternas, que resultaba intrascendente por la baja cobertura de notificación, que proponemos cambie el proceso debiendo estudiar todas las muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas.

Informe de conclusiones

La opinión técnica emitida por un CTVMM se llama **Informe de Conclusiones**, que es la parte III de la Ficha Epidemiológica de Muerte Materna que se encuentra en el anexo 1 y 2. Esta parte será llenada siempre y cuando el CTVMM esté satisfecho con la información contenida en las partes I y II; caso contrario dispondrá la repetición del estudio o su complementación, pero emitiendo las observaciones del caso.

Se trata de una opinión seria y meditada, confidencial de VE de carácter correctivo y preventivo y no con fines punitivos (administrativos ni judiciales), sobre las causas biológicas y sociales de muertes de mujeres de 10 a 59 años en general y especialmente de las muertes maternas confirmadas, que permite establecer responsabilidades no para sancionar, sino para corregir errores y mejorar, en el marco de un proceso de atención, auto reflexión y educación destinado a la adopción de decisiones y acciones que sean puestas en práctica y seguimiento posterior. La idea es actuar en forma **preventiva**, tal como lo hace la auditoria.

Los CTVMM no deben limitarse a emitir el informe de conclusiones. Este debe estar respaldado por un **Plan de Acción** para todas las muertes maternas confirmadas, para ser ejecutado en la comunidad, en el establecimiento de salud donde ocurrió la defunción, o en ambos. La complejidad del plan dependerá de dos aspectos: (a) cuando se trata de solo una defunción, (b) cuando hay más de un deceso analizado.

Las recomendaciones (en realidad se trata de actividades e intervenciones), que deben ser **precisas y factibles** (que, quien, como, cuando, con que, incluso donde). Las generalizaciones, imprecisiones, abstracciones y ambigüedades, es decir los “saludos a la bandera”, son una forma muy sutil de eludir responsabilidades y compromisos. Una vez establecidas, deben ser comunicadas para su ejecución y posterior seguimiento. Si se requiere presupuesto, hay que realizar las gestiones del caso (ver el cuadro 8).

Cuadro 8. Formato modelo para elaborar el plan de acción

Problema	Determinantes (Causas)	Soluciones				
		¿Qué haremos?	¿Cómo haremos?	¿Con qué recursos?	¿Cuándo lo haremos?	¿ Quiénes son los responsables?

Este mismo formato debe ser aplicado por los CTVMM Departamentales, a partir de un número determinado de defunciones estudiadas, en la modalidad de taller, tal como está precisado en el capítulo correspondiente.

Custodia de la documentación

Tanto los estudios de caso realizados con sus respectivos informes de conclusiones, así como las actas del CTVMM, los planes de acción y otros aspectos que hacen a la VEMM, deben estar adecuadamente documentados y responsablemente archivados y custodiados, no solamente por la confidencialidad del proceso, sino para evitar

confusiones o uso en procesos administrativos o judiciales que no corresponden, incluso de auditoría interna o externa que también son otros procedimientos; También para que sea posible cumplir las siguientes tres etapas.

Etapa IV: Seguimiento

El seguimiento a las decisiones, actividades e intervenciones establecidas es la cuarta etapa del proceso. Seguir quiere decir “ir detrás de algo”; implica continuidad¹⁹. El objeto de seguimiento es el plan de acción, que contiene actividades para diferentes niveles de gestión institucional y de gestión participativa en salud, y para la institución y/o la comunidad donde ocurrió el deceso notificado y estudiado. Ese mismo seguimiento debe ser realizado por los SEDES, al plan de acción desprendido del conjunto de las muertes maternas analizadas cada cierto tiempo.

El seguimiento, que junto con la supervisión es parte del proceso global de evaluación, es fácil de realizar pero al mismo tiempo concita poco interés.

Muchas de las barreras, cuellos de botella o eslabones críticos están presentes en la institución donde ocurrió el deceso, por lo que es lógico que la mayoría de acciones estén destinadas al propio establecimiento; donde el accionar de la participación comunitaria por medio del verdadero control social descrito en la gestión participativa de salud de la política SAFCI se hace fundamental con la participación de los representantes comunitarios tanto de las acciones institucionales conjuntamente las autoridades y el personal institucional, en todos los niveles de la gestión participativa en salud, pero fundamentalmente para el seguimiento – control social de las actividades institucionales y comunitarias para la prevención de otras muertes maternas por las mismas causas.

Además de dar seguimiento al plan de acción, los CTVMM deben hacer lo mismo con:

19 Si esto es así, los Comités deberían reunirse por uno o más de los siguientes motivos: (a) para analizar las muertes de mujeres de 10 a 59 años en general y especialmente los casos de muerte materna estudiadas, (b) para verificar el cumplimiento del plan de acción y/o, (c) para dar seguimiento a los indicadores que figuran en el cuadro 7.

- (a) Los indicadores de salud que figuran en el cuadro 7, porque ayudan a lograr una visión macro de la situación.
- (b) El “estado del arte” de cada defunción materna confirmada, es decir si ya han sido estudiadas y si existe el informe del CTVMM. Si hay retrasos o dificultades, cuales son y cómo sería posible resolverlas. El seguimiento será realizado mediante la planilla mensual, que además sirve para realizar la sexta etapa del proceso.

Etapa V: Difusión de información sobre muertes maternas

Esta etapa consiste en dar a conocer información relativa a la situación de la mortalidad materna, de la morbilidad obstétrica grave y la producción de servicios obstétricos, a los auditorios que sea posible identificar, en los formatos, modalidades, lenguaje y tiempos más apropiados. Los públicos están constituidos por las diferentes instancias de los componentes de atención y de gestión participativa en salud de la política SAFCI, sus niveles administrativos y los espacios de deliberación. También, la población en general debe ser destinataria de la información socializada en los diferentes espacios de deliberación intersectorial de la salud (reuniones, CAI, Mesa Municipal de Salud, Asamblea Departamental de Salud y Asamblea Nacional de Salud).

La vigilancia epidemiológica, además de proceso educativo, es una estrategia que genera información para la acción. Esto quiere decir que los resultados de los casos estudiados tienen que ser difundidos cada cierto tiempo. Para esto, hay que contar con presupuesto y convertir la difusión en una actividad periódica.

En los niveles departamentales, la etapa de difusión es más global, y tiene que ver mucho con la abogacía. Tanto esta instancia como la nacional, utilizarán la información disponible para generar procesos comunicacionales, educativos y de gestión destinados a mejorar el desempeño de programas de salud materna, de salud sexual, salud reproductiva, y de sus servicios. También, será empleada para buscar financiamiento.

Los CTVMM son los encargados de la difusión de la información en las etapas de la gestión participativa en salud y administrativas del sistema de salud vinculada al problema, que además deben gestionar presupuesto para apoyar su funcionamiento.

Boletines, bipticos y trípticos, artículos en revistas científicas y en periódicos locales, conferencias, entrevistas en radio y televisión, folletos, informes anuales, banners, posters y otros recursos comunicacionales, deberán formar parte del proceso de difusión, pero siempre adecuados y en lenguaje apropiado a los destinatarios de la información.

En estos medios siempre de acuerdo al público que está dirigido, estará registrada o expresada, información estadística comprensible y de rápida interpretación lógica, historias de caso, preguntas para la reflexión, el impacto de las tres demoras, de los determinantes sociales de la salud, también datos sobre producción de servicios obstétricos y morbilidad materna grave, y con esta modalidad de VEMM se puede tener información general sobre la situación de la mortalidad de la mujer de 10 a 59 años y con mucho detalle sobre la mortalidad materna de acuerdo a las definiciones planteadas en este manual.

Etapa VI: Evaluación de la VEMM

La evaluación de la VEMM como proceso (es decir en sus seis etapas), último paso, que será realizado en los niveles que corresponda o sea necesaria, valorando el grado de desarrollo de cada etapa y sus dificultades. Es decir, la evaluación puede ser realizada en la comunidad, municipio, hospital, red de servicios de salud, en los SEDES, y en el nivel nacional (URSSyC/MSD).

Sin embargo, como la evaluación debe ser realizada por el CTVMM respectivo, el territorio de evaluación de la VEMM debe corresponder al del CTVMM que además trabajara lado a lado con la instancia de gestión participativa de la comunidad y administrativa correspondiente del sistema nacional de salud. En tanto los CTVMM no funcionen apropiada y regularmente, no habrá evaluaciones, o serán realizadas solo por las instancias técnicas de los SEDES o del MSD.

La evaluación permite comparar los objetivos de un programa o proyecto con los resultados. En razón a que se pretende evaluar las etapas de la VE (ver los tres objetivos de esta norma), este tipo de evaluación es de proceso. Es decir, no se pretende evaluar el impacto de la VEMM que tiene en la salud materna

Cuadro 9. Indicadores para evaluación de la VEMM por etapas

ETAPA DE LA VEMM	INDICADORES	FORMULA
Etapa I: Detección, notificación y registro de muertes maternas	Porcentaje de probables muertes maternas notificadas	$\frac{\text{No. probables MM notificadas}}{\text{No. MM esperadas según modelo}} \times 50$
Etapa II: Estudio de las muertes maternas notificadas	Porcentaje de probables muertes maternas estudiadas	$\frac{\text{No. de probables MM estudiadas}}{\text{No. probable de MM notificadas}} \times 10$
Etapa III: Análisis de las muertes maternas estudiadas y toma de decisiones	Porcentaje de MM estudiadas con Informe de Conclusiones	$\frac{\text{No. de MM con Informe Conclusiones}}{\text{No. de MM estudiadas}} \times 10$
	Porcentaje de MM confirmadas	$\frac{\text{No. de MM confirmadas}}{\text{No. de MM con Informe de conclusiones}} \times 10$
	Porcentaje de cobertura de MM confirmadas	$\frac{\text{No. de MM confirmadas}}{\text{No. MM esperadas según modelo}} \times 10$
	Porcentaje de MM confirmadas con Plan de Acción	$\frac{\text{No. de MM con Plan de Acción}}{\text{No. de MM con Informe Conclusiones}} \times 10$
Etapa IV: Seguimiento	Porcentaje de actividades realizadas de las registradas en los Planes de Acción	$\frac{\text{No. de actividades ejecutadas}}{\text{No. de actividades programadas}} \times 10$
Etapa V: Difusión de información sobre muertes maternas	Porcentaje de actividades o materiales de comunicación realizados de los programados (al menos 6 en el año)	$\frac{\text{No. de actividades o materiales realizados}}{\text{Total programados (seis)}} \times 10$
Etapa VI: Evaluación de la VEMM	Informe de evaluación de la VEMM, emitido por un taller	Informe de evaluación de la VEMM, emitido por un taller

Por el consenso logrado en el taller nacional de evaluación de la VEMM (octubre 2011), la primera etapa tiene un valor de 50% y las restantes cinco, a 10% cada una; cuya suma representa el 100 por ciento. Para lograr estos porcentajes, en la fórmula de cada indicador figura la constante de multiplicación: X 50 en la primera etapa, y por 10 en la segunda, cuarta y quinta; en la tercera etapa hay que sacar un promedio sobre 10 de los 4 indicadores. Para lograr el porcentaje de la sexta etapa, hay que realizar un taller de evaluación, que será el que asigne el puntaje correspondiente.

El cuadro 9 contiene los indicadores básicos para evaluar el proceso en los niveles, local y municipal, que es donde la VE está en operación. Los SEDES y los hospitales no pueden aplicar este mismo procedimiento, en los hospitales porque no tienen un número estimado de muertes maternas esperadas, por lo que no podrían valorar la etapa I y, los SEDES, porque el proceso es básicamente local o pueden aproximarse con estimaciones globales de la región descrito más adelante.

En los hospitales, la VEMM solo consta de cinco etapas, de la segunda a la sexta. Cada una tendrá el valor de 20%. En las fórmulas de las etapas segunda a la quinta, la constante de multiplicación será X 20. La sexta etapa será evaluada en un taller, que le otorgara el porcentaje que corresponda.

En los SEDES y el nivel nacional, la evaluación se hará de las seis etapas, con los mismos porcentajes asignados para el nivel local, en las etapas II a VI, excepto la etapa I, que será calculada de la siguiente manera.

Para estimar las muertes maternas y valorar la etapa I, el SEDES aplicará el modelo departamental que figura en el anexo 3. Así, el numerador estará constituido por las MM confirmadas en el nivel local, y el denominador por las muertes maternas estimadas para todo el departamento. Esta relación tendrá un valor de 25%. La otra mitad (para completar el valor de 50% asignado para la etapa I), será completada con el siguiente indicador y su fórmula:

$$\% \text{ CTMVM} \text{ funcionando} = \frac{\text{No. CTVMM municipales funcionando}}{\text{No. municipios en el departamento}} \times 25$$

En el nivel nacional, se utilizara la planilla mensual remitida por los SEDES cada tres meses para tener el numerador, en tanto que el denominador estará compuesto por las MM estimadas a nivel nacional. El valor de esta relación será 25%. La otra mitad corresponde al siguiente indicador y su fórmula:

$$\% \text{ CTMVM} \text{ funcionando} = \frac{\text{No. CTVMM Municipales funcionando}}{\text{No. de Municipios en el país}} \times 25$$

Las etapas II y III siguen el mismo proceso señalado para el nivel local, en tanto que las etapas, IV, V y VI corresponderán a actividades propias de los SEDES y del nivel nacional.

La etapa IV implica la valoración de las actividades programadas en los SEDES y en el nivel nacional para apoyar la VEMM. Se aplicara el mismo indicador y su fórmula que figura en el cuadro 9.

La etapa V valorara las actividades de comunicación, información y abogacía realizadas por los SEDES y el nivel nacional. Solo que esas actividades serán un mínimo de 10 en vez de seis. Se aplicara la misma fórmula y su indicador.

La etapa VI será valorada por un taller, departamental, para los SEDES y, nacional, para la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.

Capítulo 5

LOS COMITÉS TÉCNICOS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTVMM

La mortalidad materna es un indicador de la realidad socioeconómica de un país, de la calidad de vida de su población y de las acciones de salud colectivas y sociales desarrolladas por el Estado Plurinacional.

Se asume que como consecuencia de esta modalidad de VE y del accionar de los Comités Técnicos de Vigilancia de la Mortalidad Materna, habrá un mejoramiento en cantidad y calidad en el registro de defunciones, hoy afectada por sub información (por diagnósticos de defunción que no vinculan la muerte con la presencia de embarazo) y sub registro (falta de notificación).

CARACTERÍSTICAS

Los CTVMM son una organización de naturaleza interinstitucional y multi profesional, que aglutinan representantes institucionales y de la sociedad civil. Su accionar es técnico y confidencial, en el ámbito de la salud materna. Se dedican a la identificación de las defunciones de mujeres en edad de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas y proponen medidas de intervención para su reducción, en el ámbito territorial de su competencia.

Están integrados por un grupo de personas encargadas no solamente de obtener información, analizarla, estudiarla y emitir informes y recomendaciones a las instancias respectivas, sobre cada muerte materna confirmada de todas las muertes de mujeres de 10 a 59 años estudiadas, y asumir las acciones que les corresponda. Constituye también una instancia donde se analiza la problemática de la salud de las mujeres y los recién nacidos/as, y constituyen un importante instrumento de acompañamiento y evaluación permanente de las políticas de asistencia a la salud de la mujer (14).

En la actualidad, además del sub registro y la sub notificación, la conformación y funcionamiento de estos CTVMM, constituye uno de los eslabones más débiles de la VEMM, por lo que actualmente se está considerando en este Manual la conformación de Comités Técnicos Municipales de Vigilancia de la Mortalidad Materna - CTMVMM por la mayor importancia territorial que significan; sin dejar de lado algunos Comités Técnicos de Redes de Servicios de Salud que han funcionado y están funcionando por lo que los mismos tratarían de tomar un carácter municipal o de mancomunidad de municipios según sea su realidad local. Si sus miembros no están capacitados ni motivados, si desconocen sus funciones y se reúnen esporádicamente y no cuentan con un reglamento interno, es probable que contribuyan poco para mejorar la situación.

Hay que procurar que los CTVMM no adopten la modalidad de asamblea, que puede darse cuando está conformado por muchas personas, que hablan pero no aceptan responsabilidades ni tareas.

Su funcionamiento debe estar sujeto a un reglamento interno, cuya elaboración será una de las primeras tareas a realizar. Si el CTVMM ya está conformado, siempre es conveniente revisar el reglamento, que deberá abarcar por lo menos los siguientes aspectos.

- Componentes del CTVMM y forma de nominación y designación
- Modalidad de elección del presidente y secretario. Duración del mandato
- Funciones del presidente, secretario y miembros en general
- Periodicidad de las reuniones, lugar y forma de citación de los participantes
- Modalidad de trabajo y duración de las reuniones

TIPOS DE COMITES

La organización tiene que acomodarse a la estructura administrativa del territorio nacional. Por tanto, habrá:

- Comité Técnico Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Materna (uno)

- Comités Técnicos Departamentales de Vigilancia de la Mortalidad Materna (nueve)
- Comités Técnicos Municipales de Vigilancia de la Mortalidad Materna
- Comités Técnicos Hospitalarios de Vigilancia de la Mortalidad Materna (hospitales básicos, generales y especializados)

Para que su accionar sea efectivo y continuo, estos CTVMM deben elaborar un plan de acción anual, con presupuesto exclusivo o incorporando actividades en un plan más global, del Municipio, del SEDES o de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Los CTVMM Hospitalarios, según su ubicación territorial, deben incorporar actividades en el plan de la red o municipio correspondiente, en el departamental o en el nacional.

OBJETIVOS DE LOS COMITES

1. Mejorar el conocimiento disponible sobre los niveles de la mortalidad materna y sus causas biológicas y sociales; en los contextos, nacional, departamental, municipal y/o de red y hospitalario.
2. Asegurar la comparabilidad de los datos sobre mortalidad materna en los niveles, nacional, departamental, municipal y hospitalario, fortaleciendo los sistemas de registro estadístico disponibles, a fin de hacer posible el análisis de tendencias y la identificación de los territorios y poblaciones más vulnerables.
3. Promover la inclusión de la mortalidad materna como tema prioritario a ser abordado en los procesos de gestión participativa en salud para la transformación de sus causas tanto biológicas como sociales para la prevención de la mortalidad materna.
4. Estudiar la morbilidad obstétrica grave, el efecto de las intervenciones clínicas sobre la misma, así como la calidad de la atención a las mujeres durante el proceso reproductivo, en el contexto de los establecimientos de salud.
5. Recomendar las acciones más adecuadas en beneficio de la salud de las mujeres, que se reflejen en aspectos como, la distribución de

recursos, la organización de los servicios, la formación de recursos humanos y su actualización, en la legislación y en la participación social.

6. Concientizar a formuladores de políticas, administradores de programas, personal de salud, autoridades locales de salud, estructura social de salud y comunidad, sobre la gravedad de la mortalidad materna y la morbilidad obstétrica grave, sus efectos familiares y sociales, así como sobre las formas de evitarlas.

FUNCIONES GENERALES DE LOS COMITES TECNICOS DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTVMM

- **Planificación**, formulando un plan de acción anual, a partir de la experiencia del año anterior y con la posibilidad de ser modificado a medio año, con la participación de la sociedad civil organizada a partir de la estructura social de salud.
- **Estudio y Análisis**, desarrollando las seis etapas de la VEMM (estudio de las defunciones, análisis, toma de decisiones, seguimiento, información y evaluación) en el territorio de su competencia. Estudio de casos de morbilidad obstétrica grave en hospitales.
- **Educación**, promoviendo la discusión de casos clínicos en el nivel hospitalario; debatiendo en el territorio de su competencia, sobre la magnitud de la mortalidad materna (en especial si se mantiene elevada); promoviendo el debate sobre la problemática de la mortalidad materna y morbilidad obstétrica grave; discutiendo programas de educación continua y la producción de material para el adiestramiento y difusión.
- **Prevención**, formulando propuestas de intervención para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en el territorio de su competencia, a partir del análisis de las muertes estudiadas.
- **Movilización**, Promoviendo encuentros entre instituciones y sociedad civil en general, con la finalidad de asegurar la ejecución

de medidas de prevención, promoción e intervención, adecuadas al territorio de su competencia.

COMITÉ TÉCNICO MUNICIPAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTMMMM

Por la experiencia adquirida y las lecciones aprendidas de las anteriores ediciones al proponer solo la conformación de Comités Técnicos de Red de Servicios, Distritos o Áreas que no funcionaron, habiendo adquirido protagonismo algunos a la cabeza del municipio y que demostraron funcionalidad es que se deja abierta la posibilidad de la conformación de los mismos de acuerdo a la experiencia anterior y/o su fortalecimiento; como grupo de personas de un municipio y/o mancomunidad de municipios, y de la comunidad, motivadas y comprometidas.

En los municipios grandes donde está la capital de departamento y en la ciudad de El Alto por ejemplo, por la existencia de mayor número de redes de servicios se descuenta la conveniencia de conformar uno en cada red con la participación de la estructura social de salud, procurando que su proliferación no desnaturalice el proceso o, lo que es peor, que no sean conformados. También, hay que prevenir que entren en competencia con el CTMMMM Departamental en la representación institucional y social.

La composición y número de participantes en estos CTMMMM depende de la realidad local. Si bien hay autonomía en este aspecto, se recomienda entre 8-10 personas como máximo, distribuidas de manera paritaria entre representantes de la comunidad y municipio. Hay que evitar las asambleas.

Los representantes de las organizaciones sociales locales deben ser apropiadamente capacitados en la temática y recibir la documentación técnica del caso. No se pretende que conozcan los aspectos clínicos, pero si los sociales e institucionales vinculados a la problemática.

El CTMMMM en un grupo de personas de la red o de las redes de servicios de salud y de la comunidad de la instancia territorial que

corresponde, todos muy motivados y comprometidos con el problema, conformados de la siguiente manera:

a) Representación de la comunidad

La representación puede corresponder a algunas de las siguientes agrupaciones sociales:

- Autoridades Locales de Salud
- Comité Local de Salud
- Directorio Local de Salud
- Consejo Social Municipal de Salud
- Consejo Social Departamental de Salud
- Consejo Social Nacional de Salud
- Junta de vecinos
- Manzaneras, vigilantes u otros agentes de salud comunitarios
- Sindicatos agrarios
- Organizaciones de mujeres de la comunidad
- Representante de la medicina tradicional del lugar
- Otra organización social propia del lugar

b) Representación del Municipio y/o Redes de Servicios

- La autoridad máxima de salud del territorio de influencia del CTVMM (Municipio o mancomunidad de municipios), o de la red de servicios, o su representante.
- Dos médicos de la red, uno clínico y otro epidemiólogo o salubrista, si es posible
- Un representante del hospital básico (cuando en ese establecimiento sean atendidos menos de 500 partos al año)
- Enfermera de la red
- Auxiliar de enfermería de la red
- Trabajadora social de la red

Responsabilidades

Además de las funciones generales descritas con anterioridad, le corresponde realizar lo siguiente:

- Seguimiento a la notificación y registro de defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas
- Estudia los casos de muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas y confirma preliminarmente las evidentes ocurridas en su área de influencia, acaecidas en domicilios, en establecimientos de salud y en los hospitales básicos con menos de 500 partos al año, aplicando las fichas epidemiológicas
- Verifica o promueve la extensión del CEMED en cada caso de muerte de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas, incluidas las domiciliarias
- Elabora el Informe de Conclusiones de cada muerte materna estudiada, analizando las circunstancias, personales, familiares, sociales y de los establecimientos de salud que tienen participación en esa defunción
- Propone, adopta, canaliza y/o gestiona soluciones prácticas y factibles, surgidas del estudio de cada caso y del conjunto de decesos estudiados, traducidos en un plan de acción²⁰, institucional y comunitario.
- Da seguimiento a las soluciones propuestas en los planes, influyendo para que sean cumplidas en el lugar y tiempo previstos tanto de la parte institucional como de la parte comunitaria
- Estudia la morbilidad obstétrica grave en los hospitales básicos con menos de 500 partos al año
- Presenta informes sobre la situación de la salud materna, la morbilidad y mortalidad materna de los establecimientos de salud y de la comunidad al personal de salud de la red de servicios, Coordinación de la Red, Autoridades Locales de Salud, Comité Local de Salud, Consejo Social Municipal de Salud, por escrito y en los diferentes espacios de deliberación intersectorial de la salud.
- Toma conocimiento de las recomendaciones emitidas por el CTVMM Departamental y establece los mecanismos de aplicación.
- Evalúa cada año en un taller, el progreso de la VEMM en el municipio y/o red o redes de servicios de salud

20 Este plan de acción es para cada caso de defunción materna evidente, y por tanto es diferente al plan de acción anual mencionado con anterioridad.

COMITE TECNICO HOSPITALARIO DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTHVMM

Se trata de un equipo técnico institucional y multidisciplinario cuya principal labor es la prevención de muertes maternas en el hospital, en todos los servicios y no solamente en los de ginecología y obstetricia, y emergencias. Deberá ser organizado en los hospitales básicos de las capitales de departamento, en los hospitales generales y en los hospitales especializados en ginecología y obstetricia. También, en hospitales básicos de municipios no capitalinos que atienden 500 o más partos al año. En su composición, no deberán participar directores ni jefes de servicio.

Dependiendo de la cantidad de servicios, podrá tener entre seis y ocho miembros, entre médicos, enfermeras y otro personal pertinente. Si en el hospital hay gestor de la calidad y epidemiólogo, deberán ser parte del CTHVMM, al igual que la Trabajadora Social. Incorporar uno o dos representantes de otros servicios. En las ciudades capitales, podrán conformar estos CTHVMM un representante de la sociedad local de obstetricia y ginecología. En los hospitales básicos no capitalinos con 500 partos o más, un representante de la red.

Responsabilidades

- Seguimiento a la notificación y registro de las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas
- Estudia todas las defunciones de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas ocurridas en el hospital (en todos los servicios), aplicando las fichas epidemiológicas
- Verifica o promueve la extensión del CEMED en cada caso de muerte de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas
- Elabora el Informe de Conclusiones de cada muerte materna evidente, analizando las circunstancias, personales, familiares, sociales, asistenciales e institucionales que participaron en esa defunción
- Propone, adopta, canaliza y/o gestiona soluciones prácticas y

- factibles, surgidas del estudio de cada caso y del conjunto de decesos estudiados, traducido en un plan de acción²¹
- Estudia la morbilidad obstétrica grave hospitalaria y promueve reuniones de análisis y ser parte de las sesiones clínicas del hospital donde se presente los casos. Propone soluciones
 - Da seguimiento a las soluciones propuestas (mortalidad y morbilidad), influyendo para que sean cumplidas en el lugar y tiempo previstos
 - Presenta informes sobre la situación de la producción de servicios obstétricos y la morbilidad y mortalidad materna en el hospital a: personal de salud del hospital y de la red, Coordinación de la Red, Autoridades Locales de Salud, Consejo Municipal de Salud, instancias técnicas departamentales y nacionales, por escrito y en los diferentes espacios de deliberación intersectorial de la salud.
 - Toma conocimiento de las recomendaciones emitidas por el CTVMM Departamental y establece los mecanismos de aplicación.
 - Evalúa cada año en un taller, el progreso de la VEMM en el hospital

COMITÉ TÉCNICO DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTDVMM

Es un equipo técnico multidisciplinario e interinstitucional, conformado por profesionales de varias instancias del Servicio Departamental de Salud y de otras entidades. Se organiza para apoyar y orientar las acciones que realizan los CTVMM Municipales y hospitalarios, y para promover la salud materna y perinatal, salud sexual y salud reproductiva, con el propósito de contribuir a la reducción y prevención de la morbilidad, mortalidad materna y perinatal en el departamento.

Podrá estar conformado por:

- El responsable de SSR (o del Continuo de la Atención, de salud materna y perinatal, o de Salud de la Mujer) del SEDES
- Un representante de Promoción de la Salud, del SEDES
- El responsable de hechos vitales del SNIS (el que tiene que ver con el CEMED, mortalidad materna o la vigilancia epidemiológica)

21 Este plan de acción es para cada caso de defunción materna evidente, y por tanto es diferente al plan de acción anual mencionado con anterioridad.

- Un responsable de redes de salud, del SEDES
- Un responsable de calidad de atención (Gestor), del SEDES
- Un responsable de seguros públicos (SUMI u otro denominativo)
- Un responsable de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Departamento
- Representantes del Consejo Social Departamental de Salud (dos o tres)
- Otras representaciones que se considere pertinentes

Este CTDVMM deberá elegir un presidente, en tanto que la secretaria estará a cargo del responsable del SEDES (de SSR, de salud materna o a quien corresponda). Hay que evitar las reuniones masivas porque no conducen a nada.

Responsabilidades

- Recibe, consolida y custodia la información remitida por los CTVMM Municipales y hospitalarios del departamento (fichas epidemiológicas e información sobre la conformación de CTVMM Municipales y hospitalarios)
- Revisa y analiza las Fichas Epidemiológicas recibidas (partes I, II y III, según corresponda) de las muertes maternas estudiadas por CTVMM y CTHVMM.
- Dispone nuevo estudio, re entrevista o información complementaria, o puede hacer realizar el estudio del caso por cuenta propia (de inicio o en segunda instancia), según las circunstancias y necesidades.
- Elabora el Informe de Conclusiones final de cada defunción materna revisada y confirma como última instancia.
- Hace conocer de la forma más rápida posible, el Informe de Conclusiones y las recomendaciones, a los CTVMM respectivos, incluida la confirmación de caso para la inclusión en el SNIS en la columna de muerte materna confirmada.
- Brinda asistencia técnica a los CTVMM que funcionan en el departamento, y en la conformación de otros
- Hace seguimiento de los informes mensuales del SNIS – VE Departamental y de las Redes de Servicios de Salud enviados con las defunciones notificadas, estudiadas, analizadas y evidenciadas

por los CTVMM Municipales y hospitalarios, y remite cada tres meses, un consolidado de todo el departamento a la secretaria del CTVMM Nacional

- Elabora conjuntamente el Consejo Social Departamental de Salud el plan de acción de la gestión participativa en salud departamental para contribuir a la disminución de la mortalidad materna
- Elabora y pública informes, semestrales o anuales, sobre la situación de la salud, morbilidad y mortalidad maternas en el departamento, incluida la oferta de cuidados obstétricos de emergencia (COEm) y la morbilidad obstétrica grave en hospitales.
- Participa e informa en las reuniones ordinarias o en citaciones extraordinarias del Consejo Social Departamental de Salud sobre la situación de la salud, morbilidad y mortalidad maternas en el departamento, incluida la oferta de servicios.
- Vela por el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por el CTVMM Nacional
- Evalúa cada año en un taller, el progreso de la VEMM en el departamento

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA - CTNVM

Es un equipo técnico multidisciplinario e interinstitucional, conformado por profesionales de varias instancias del Ministerio de Salud y Deportes y de otras entidades. Se organiza para apoyar y orientar las acciones que realizan los CTVMM Departamentales, y para promover la salud materna y perinatal, salud sexual y salud reproductiva, con el propósito de contribuir a la reducción y prevención de la morbilidad y mortalidad materna, y perinatal en el país.

Podrá estar conformado por:

- El responsable del Continuo de la Atención (SSR o de salud materna y perinatal, o a quien corresponda) del MSD
- Un representante de Promoción de la Salud, del MSD
- El responsable de hechos vitales y vigilancia epidemiológica del SNIS - VE (el que tiene que ver con el CEMED, mortalidad materna o mortalidad en general)

- Un responsable del Área de Calidad y Auditoría en Salud, del MSD
- Un responsable de seguros públicos (SUMI u otro denominativo)
- Un representante de la Sociedad de Boliviana de Obstetricia y Ginecología o delegado por la nacional.
- Representantes del Consejo Social Nacional de Salud (dos o tres)
- Otras representaciones que se considere pertinentes (Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros, Fuerza Especial de Lucha contra la Violencia, por ejemplo).

Este CTVMM Nacional deberá elegir un presidente, en tanto que la secretaria estará a cargo del representante de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad (responsable del Área del Continuo de la Atención, SSR o de salud materna). Hay que evitar las reuniones masivas porque no conducen a nada.

Responsabilidades

- Recibe, consolida y custodia la información remitida por los CTVMM Departamentales (Consolidados de seguimiento trimestral y la información sobre conformación de CTVMM Municipales y hospitalarios)
- Hace conocer de la forma más rápida posible, conclusiones y recomendaciones sobre la información recibida
- Brinda asistencia técnica a los CTVMM Departamentales, según solicitud
- Hace seguimiento a los consolidados trimestrales de las defunciones notificadas, estudiadas, analizadas y confirmadas en cada departamento
- Elabora y publica informes, semestrales o anuales, sobre la situación de la salud y morbilidad y mortalidad materna en el país, incluida la oferta de cuidados obstétricos de emergencia (COEm) y la morbilidad obstétrica grave en hospitales del país.
- Elabora conjuntamente el Consejo Social Nacional de Salud el plan de acción de la gestión participativa en salud nacional para conocimiento y ejecución en todos los Consejos Sociales Departamentales para contribuir a la disminución de la mortalidad materna

- Participa e informa en las reuniones ordinarias o en citaciones extraordinarias del Consejo Social Nacional de Salud sobre la situación de la salud, morbilidad y mortalidad maternas en el país.
- Difunde y comunica en instancias institucionales e intersectoriales, la información situacional sobre la salud y mortalidad materna, para que pueda ser conocida y utilizada para la planificación y el seguimiento
- Evalúa cada año en un taller, el progreso de la VEMM nacional y de los departamentos
- Vela por el cumplimiento en los departamentos y subsectores de salud, de la normativa nacional y las recomendaciones emitidas

DISPOSICIONES ADICIONALES

- Los CTVMM Municipales y hospitalarios se reunirán cada vez que exista un numero apropiado para una reunión (entre 5 a 10 muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas estudiadas) de su área de influencia en el primer caso y/o exista un caso de casi segura muerte materna en ambas instancias.
- Los CTVMM Departamentales lo harán para analizar un conjunto de defunciones maternas confirmadas por los CTVMM de su jurisdicción (entre 5 y 10). Por tanto, podrán ser convocados cada 45-60 días, según necesidad, para trabajar en la modalidad que crean conveniente o también como taller (1-2 días), pero sobre casos conocidos previamente por los miembros.
- En ausencia de CTVMM Municipales y hospitales, los CTVMM Departamentales asumirán la responsabilidad de estudiar las muertes de mujeres de 10 a 59 años con sospecha de probables muertes maternas notificadas.
- Los CTVMM hospitalarios y Departamentales, se reunirán también para analizar, la producción de servicios obstétricos y la morbilidad obstétrica grave (frecuencia y resultados de estudios caso-control). Cada CTVMM decidirá si estas dos temáticas deben o no ser parte de los talleres (o reuniones) convocados para analizar casos probables y de muertes maternas confirmadas, respectivamente.
- Todos los CTVMM elaboraran un reglamento interno, y elegirán un directorio: presidente(a), vicepresidente(a) y secretario(a).

- Todos los CTVMM deben contar con la participación de los representantes de los niveles correspondientes de la Estructura Social en Salud de la Gestión Participativa en Salud.
- Cuando los CTVMM Departamentales y el Nacional no estén conformados o dejen de funcionar, las reparticiones técnicas respectivas de los SEDES y del MSD asumirán sus funciones y responsabilidades.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 “Hacia la Salud Universal” – 2010 La Paz: SPC Impresores S.A.
2. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Salud, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2009-2015. La Paz: Ediciones Excelsior SRL; 2010:
3. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015. La Paz: Sistemas Gráficos “Color”; 2010:
4. De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla Condori Mario. Mortalidad materna en la ciudad de La Paz. La pérdida de una batalla por la vida. La Paz: Médicos Consultores/ OMS; 1994 (Temas de Medicina Social No. 4).
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de vigilancia epidemiológica de la salud y la morbilidad materna y neonatal. Asunción: MSPBS; 2005.
6. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Taller nacional de evaluación de la vigilancia epidemiología de la mortalidad materna. La Paz; 2011 (Informe del taller).
7. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Washington, D.C.: OMS/OPS: 2011:12-15.
8. ENDSA 2003
9. De La Galvez Murillo Alberto. Modelo para.....
10. SNIS

11. Lalonde Marc. El concepto de “campo de salud”: una perspectiva canadiense. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1996:3-5 (Publicación Científica No. 557).
12. De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla Condori Mario. Salud Sexual y Reproductiva. Guía práctica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta Fácil; 2011 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.6).
13. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: OMS; 1999:36.
14. Ministerio de Saude, Secretaria de Políticas de Saude. Comitês de mortalidade materna. 2ª edición. Brasilia: Ministerio de Saude; 2002:36.
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington, D.C.: OPS; (s/f):8-15.
16. World Health Organization. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO; 2004:103-123.
17. CIE-10^a
18. EPMM
19. Norma Nacional 1997
20. Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Guía para el uso del certificado médico único de defunción – CEMEUD. La Paz: EDOBOL: 2005
21. Ministerio de Salud y Deportes – Curso de Educación Permanente en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud – Dossier Bibliográfico – Residencia Medica SAFCI 2012

ANEXOS

ANEXO 1: FICHAS EPIDEMIOLOGICAS Y FORMULARIOS DEL SVEMM.

ANEXO 2: INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LAS FICHAS EPIDEMIOLOGICAS DE MUERTE MATERNA

ANEXO 3: MODELO PARA ESTIMAR EL NUMERO PROBABLE DE MUERTES MATERNAS

ANEXO 4: MODELO DE FORMAS DE NOTIFICACION COMUNITARIA DE CASOS PROBALES DE MUERTE MATERNA

ANEXO 5: ESLABONES CRITICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS DE MUERTES MATERNAS CONFIRMADAS

ANEXO 6: CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES – CIE : 10° VERSION

ANEXO 1

FICHAS EPIDEMIOLOGICAS Y FORMULARIOS DEL SVEMM.

Formulario mensual de notificación de muertes de mujeres de 10 a 59 años

Departamento: _____ Provincia: _____ Municipio: _____

Red: _____ Establecimiento de Salud: _____ Mes: _____ Año: _____

N°	Nombres y apellidos	Edad de años	Fecha de defunción	Localidad, domicilio de la difunta o de familiar cercano vecino	Defunción relacionada con el embarazo		Lugar de la defunción	Informante original
					SI	NO		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Informe elaborado por: _____ Fecha de Informe: _____

Cargo: _____ Firma: _____

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA

(Parte I : Autopsia verbal)

ESTA FICHA SE APLICA TANTO PARA DEFUNCIONES DOMICILIARIAS COMO EN SERVICIOS DE SALUD

A. DATOS DE LA INSTITUCIÓN 1. Departamento _____ 2. Provincia _____ 3. Municipio _____ 4. Distrito _____ 5. Nombre del establecimiento _____		6. Nivel de atención del establecimiento <input type="checkbox"/> - Primer nivel <input type="checkbox"/> - Segundo nivel <input type="checkbox"/> - Tercer nivel	
B. DATOS DE LA DIFUNTA 7. Nombres y apellidos _____ 8. Fecha de nacimiento _____ Edad al morir (años cumplidos) _____ Día Mes Año		9. Estado civil <input type="checkbox"/> - Soltera <input type="checkbox"/> - Casada <input type="checkbox"/> - Divorciada <input type="checkbox"/> - Viuda <input type="checkbox"/> - Conviviente <input type="checkbox"/> - No sabe 10. Grado de instrucción <input type="checkbox"/> - No sabía leer ni escribir <input type="checkbox"/> - Alfabeta <input type="checkbox"/> - Primaria <input type="checkbox"/> - Secundaria <input type="checkbox"/> - Superior <input type="checkbox"/> - No sabe	
C. CONDICIÓN OBSTÉTRICA DE LA DIFUNTA (incluye el embarazo actual) 15. ¿Cuántos embarazo tuvo? <input type="checkbox"/> 16. ¿Cuántos hijos nacidos vivos? <input type="checkbox"/> 17. ¿Cuántos abortos? <input type="checkbox"/> 18. ¿Cuántos hijos nacidos muertos? <input type="checkbox"/> 19. ¿Cuántos hijos <10 años viven actualmente? <input type="checkbox"/>		D. DATOS RELACIONADOS CON LA DEFUNCIÓN Lugar de la defunción: 20. Departamento _____ 21. Provincia _____ 22. Municipio _____ 23. Distrito _____ 24. Localidad _____	
27. Antes de fallecer, ¿acudieron a un servicio de salud? <input checked="" type="checkbox"/> Si Nombre del servicio y lugar _____ <input type="checkbox"/> No ¿por qué? (a la preg. 28 y luego a la 30) <input type="checkbox"/> - No identificaron el problema <input type="checkbox"/> - Falta de decisión de la mujer <input type="checkbox"/> - Falta de decisión del cónyuge o familiar <input type="checkbox"/> - Otra razón _____ <input type="checkbox"/> - No sabe		25. Fecha de fallecimiento _____ Día Mes Año Hora Min 26. Sitio del fallecimiento <input type="checkbox"/> - En domicilio (propio o ajeno) <input type="checkbox"/> - En servicio de salud (público, privado, ONG o Seg. social) <input type="checkbox"/> - En otro lugar (vía pública, vehículo, hotel)	
30. ¿En qué momento falleció? <input type="checkbox"/> - Durante el embarazo (antes de los 5 meses) <input type="checkbox"/> - Durante el embarazo (después de los 5 meses) <input type="checkbox"/> - Durante el parto o cesárea <input type="checkbox"/> - Después de un parto o cesárea (hasta 6 semanas después) <input type="checkbox"/> - Después de un parto o cesárea (hasta 12 meses después)		28. ¿Hubo alguna dificultad para llegar hasta el servicio de salud? (puede marcar más de una opción) <input type="checkbox"/> - No hubo <input type="checkbox"/> - Falta de dinero <input type="checkbox"/> - Falta de transporte <input type="checkbox"/> - Mal estado de los caminos <input type="checkbox"/> - No había con quien dejar a los hijos <input type="checkbox"/> - No había quién la acompañe <input type="checkbox"/> - El servicio de salud queda lejos <input type="checkbox"/> - No sabíamos si nos atenderían <input type="checkbox"/> - Otra dificultad _____ <input type="checkbox"/> - No sabe	
31. ¿En qué fecha ocurrió el parto, cesárea o aborto? Día Mes Año Hora Min		29. ¿Hubo algún problema con relación a la atención en el servicio de salud? (sólo si llegó a un servicio. Puede marcar más de 1 opción) <input type="checkbox"/> - No hubo <input type="checkbox"/> - Tardaron en atendernos <input type="checkbox"/> - Nos trataron mal <input type="checkbox"/> - No había personal <input type="checkbox"/> - No había medicamentos, sangre, instrumental <input type="checkbox"/> - No pudimos pagar <input type="checkbox"/> - Nos enviaron a nuestra casa <input type="checkbox"/> - Nos enviaron a otro servicio de salud <input type="checkbox"/> - Otra dificultad (especificar) _____ <input type="checkbox"/> - No sabe	
E. DATOS COMPLEMENTARIOS 34. ¿Hizo control prenatal en este embarazo? <input type="checkbox"/> - Sí...¿cuántos controles? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/> - No sabe		32. Condición del recién nacido <input type="checkbox"/> - Fue aborto <input type="checkbox"/> - No nació (el feto quedó en el útero) <input type="checkbox"/> - Nació muerto <input type="checkbox"/> - Nació vivo pero murió antes de los 7 días <input type="checkbox"/> - Nació vivo pero murió después de los 7 días <input type="checkbox"/> - Nació vivo y sigue vivo <input type="checkbox"/> - No sabe	
37. Semanas transcurridas entre la defunción y la entrevista _____		33. ¿Cuáles de estas condiciones la llevaron a la muerte? <input type="checkbox"/> - Dolor de cabeza intenso <input type="checkbox"/> - Hinchazón en piernas (edema) <input type="checkbox"/> - Ataques (convulsiones) <input type="checkbox"/> - Dolor en el vientre (contracciones uterinas, entuertos) <input type="checkbox"/> - Hemorragia genital <input type="checkbox"/> - Fiebre / calentura <input type="checkbox"/> - Flujo genital fétido <input type="checkbox"/> - El bebé no podía nacer (parto obstruido) <input type="checkbox"/> - Otra causa (malaria, diabetes, tuberculosis, hipertensión, etc., (especificar) _____ <input type="checkbox"/> - Otra causa violenta (accidente, suicidio, homicidio) <input type="checkbox"/> - No sabe	
38. DATOS DEL ENTREVISTADOR <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ Nombre y apellidos _____ Firma _____ Fecha de la entrevista _____		36. ¿La defunción, fue inscrita en una Oficialía de Registro Civil? <input type="checkbox"/> - Sí <input type="checkbox"/> - No <input type="checkbox"/> - No sabe	

Tache las opciones que correspondan

Anexo 3

Planilla para seguimiento de las defunciones maternas confirmadas

Servicio Departamental de Salud:..... Año:.....

No.	Nombres y apellidos difunta	Edad al morir	Fecha defunción (día y mes)	Lugar de defunción	Municipio donde falleció	Causa de muerte preliminar	Fecha Estudio	Momento de la defunción	Causa de muerte (diagnóstico final)	CIE 10 v
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
n										

Responsable de la planilla FIRMA _____
 Nombres, apellidos y cargo

GUIA PARA EL REGISTRO:

No.: en orden correlativo al mes de ocurrencia

Nombres y apellidos de la difunta: lo que corresponda

Edad al morir: en años cumplidos

Fecha de defunción: colocar el día calendario y el mes

Lugar de defunción: establecimiento de salud; domicilio; otro lugar

Municipio donde falleció: que puede no ser el de origen o procedencia

Causa de muerte preliminar: colocar el diagnóstico con el que se notificó la defunción, que puede o no ser el definitivo

Fecha de estudio: colocar el día calendario y el mes (el año solamente cuando una defunción ocurrida en un año sea investigada en el siguiente)

Momento de la defunción: en el embarazo; durante el parto; en el puerperio

Causa de muerte final: la que resulte del Informe de Conclusiones del Comité. Registrar la causa básica

CIE 10: La que corresponde oficialmente

ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS FICHAS EPIDEMIOLOGICAS DE MUERTE MATERNA

Parte I: Autopsia Verbal - Parte II: Autopsia Institucional - Parte III:
Informe de Conclusiones

FUNCIONES DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA

1. La ficha sirve de comprobante del número de defunciones maternas, hospitalarias y domiciliarias, que figuran en el Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica, del SNIS.
2. Permite documentar cada caso de defunción materna mediante entrevista domiciliar (Parte I: autopsia verbal), y a través de la revisión del expediente clínico y entrevista al personal de salud cuando la muerte ha ocurrido en un establecimiento de salud (Parte II: autopsia institucional).
3. El formulario para Informe de Conclusiones (Parte III) permite registrar la opinión de los CTVMM en relación a cada defunción materna estudiada.

PROCEDIMIENTO

Conocida y notificada la defunción materna, ocurrida ya sea en domicilio o en un establecimiento de salud, se procederá a su estudio, a más tardar tres semanas después de la fecha de fallecimiento, o de la fecha que se tuvo conocimiento de la muerte. El estudio estará a cargo de un CTVMM local²², según el esquema que aparece en el Cuadro 3.

La ficha Epidemiológica de Mortalidad Materna tiene tres partes: la Parte I (autopsia verbal) se aplica en todos los casos de defunción materna, tanto las que suceden en establecimientos de salud como domiciliarias. En cambio la Parte II (autopsia institucional) será aplicada solamente cuando la defunción materna ocurra en una instalación de salud. La Parte III consta de una página que corresponde al Informe de

22 Comité Técnico de Vigilancia de la Mortalidad Materna Municipal y/o Hospitalario.

Conclusiones, que contiene el informe del Comité Local que estudio el deceso y el informe final del CTVMM Departamental. Esta parte del informe debe ser llenada obligatoriamente en ambas situaciones de muerte por los CTVMM respectivos **y no por la persona que realizó el estudio del caso.**

Cada sección o parte de la Ficha Epidemiológica tiene un original y dos copias. Una copia de buena calidad quedará en el establecimiento de salud notificante, para propósitos de supervisión y para uso del CTVMM respectivo. La segunda copia de buena calidad ira a la Coordinación de Red, en tanto que el original será remitido al Servicio Departamental de Salud (esta remisión estará a cargo de la Coordinación de la Red). El SEDES remitirá al nivel nacional copias magnéticas e impresas de la planilla de informe trimestral, además de la planilla de seguimiento.

En la Ficha Epidemiológica de Mortalidad Materna hay líneas negras para escribir sobre ellas aclaraciones o lo que solicita la pregunta o sección: también contiene casilleros cuadrados que deben ser marcados y casilleros rectangulares que necesariamente deben ser llenados con números arábigos.

En los rectángulos que tienen que ser llenados con números, cuando el dato no es conocido, no puede ser indagado o transcrito de otro documento, hay que llenar las casillas con números "9". También al lado de algunos casilleros hay flechas que indican cual es la próxima pregunta a formular o el flujo a seguir de acuerdo a la correspondencia con la respuesta.

Las copias de las secciones están impresas por lo general en papel químico autocopiativo, es decir que no requiere papel carbónico. Para llenar una sección, primero hay que arrancar un original y sus dos copias, a fin de que el trazo de los datos escritos no pase al resto de copias. Por tanto, no escriba nada en el reverso, porque quedará registrado en el anverso de las tres hojas. Si necesita registrar información o comentarios adicionales, utilice una hoja en blanco. Si hay información complementaria en hojas en blanco anexas, los tres ejemplares de cada muerte materna estudiada deben contener esa información adicional, además de una copia del certificado de defunción y de la historia clínica perinatal base.

PARTE I: AUTOPSIA VERBAL

Esta parte de la ficha tiene que ser aplicada en todos los casos de defunción materna, tanto domiciliarias como las ocurridas en establecimientos de salud. Si la defunción ha ocurrido en una unidad de salud, no se recomienda realizar la autopsia verbal en las mismas instalaciones, a no ser que se asegure a la persona entrevistada absoluta confidencialidad y libertad para expresarse. También, hay que tener en cuenta si los familiares de la difunta viven o no en la localidad, para no perder la oportunidad de entrevistarlos con posterioridad.

Antes de iniciar la aplicación de la ficha, preséntese dando su nombre, apellido y ocupación; explíquese a la persona entrevistada el propósito de su visita y la importancia del estudio del caso. Asegúrele que todo lo que conversen será confidencial.

A. DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Registre todo lo solicitado en las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5, que corresponden, al Departamento, Provincia, Municipio, Distrito o Red y nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción. Si la defunción fue domiciliar, en la pregunta 5 escribir el nombre del establecimiento de salud notificante.

Pregunta 6: nivel de atención del establecimiento de salud

Marque el casillero según el nivel al que corresponde el establecimiento de salud notificante o en el que sucedió la muerte materna.

B. DATOS DE LA DIFUNTA

Pregunta 7: nombres y apellidos

Escriba todos los nombres y apellidos de la difunta, incluso el apellido de casada, para evitar duplicaciones o confusiones sobre los casos de muerte materna notificados y estudiados.

Pregunta 8: fecha de nacimiento y edad

Escriba el día, mes y año correspondientes y calcule simultáneamente los años de edad cumplidos. Procure verificar estos datos en el carnet de identidad o certificado de nacimiento de la fallecida.

Pregunta 9: estado civil

Marque el casillero que corresponda.

Pregunta 10: grado de instrucción

Marque el casillero que corresponda, compatibilizando las diferentes modalidades de ciclos que hubo en el país (primero intermedio corresponde al sexto de primaria, desde el segundo .intermedio hasta el cuarto medio corresponden a secundaria)

Preguntas 11 a 14: lugar de residencia habitual

Escriba el Departamento, la Provincia, el Municipio y la Localidad donde residía habitualmente la difunta, porque el fallecimiento puede haber ocurrido en una localidad distinta.

C. CONDICION OBSTETRICA DE LA DIFUNTA (incluye el embarazo “actual”)

Los datos solicitados en las preguntas 15, 16, 17, 18 y 19 deben ser llenados necesariamente incluyendo el embarazo actual, es decir el relacionado con la defunción, porque ya llega a ser un antecedente, a diferencia de lo que se registra en la historia clínica, en la que no se lo incluye debido a que el mismo no ha concluido y es objeto de la atención sanitaria. El número que aparece en la pregunta 15 tiene que ser la suma de los números que figuran en las preguntas 16, 17 y 18.

D. DATOS RELACIONADOS CON LA DEFUNCIÓN

En las preguntas 20 a 24 escriba el Departamento, Provincia, Municipio, Distrito o Red de Salud, y Localidad donde ocurrió la defunción.

Pregunta 25: fecha de fallecimiento

Escriba con precisión el día, mes, año, hora y si es posible los minutos del momento de la defunción.

Pregunta 26: sitio del fallecimiento

Clarifique bien el sitio exacto de la defunción y marque el recuadro que corresponda, para evitar confusiones o dudas con las preguntas 5 y 6 en las que se registra el nombre del establecimiento de salud.

Pregunta 27: antes del fallecimiento

Acudieron a un servicio de salud? En respuesta afirmativa (SI), escriba, sobre la línea negra, el establecimiento al que acudieron y su ubicación; luego responda las preguntas 28, 29 y subsiguientes. En respuesta negativa (NO, ¿por qué?) marque una o más de las opciones, según corresponda; si marca “Otra razón”, especifíquela en la línea negra. Luego, responda la pregunta 28, salte la 29, y pase a la 30 y subsiguientes.

Pregunta 28: ¿hubo alguna dificultad para llegar hasta el servicio de salud?

Esta es una pregunta importante para descubrir las barreras en el camino de la sobrevivencia materna. Se puede marcar más de una opción.

Pregunta 29: ¿hubo algún problema con relación a la atención en el servicio de salud?

Se trata de una pregunta muy importante, porque recoge la opinión de la persona entrevistada (esposo, otro familiar o vecino) sobre la atención en el establecimiento de salud que recibió a la difunta antes de morir. Por tanto, esta pregunta se aplica solamente cuando la muerte ocurrió en una instalación sanitaria. Se puede marcar más de una opción.

Pregunta 30: ¿en que momento falleció?

Marque la respuesta que corresponda, asegurándose que es la correcta y que ha interpretado apropiadamente la información proporcionada por la persona entrevistada.

Pregunta 31: en que fecha ocurrió el parto/cesárea o aborto

Llene los espacios correspondientes al día, mes, año, hora y si es posible los minutos. En los casilleros que no sea posible obtener el dato escriba 99, aunque en ningún caso deberán faltar datos sobre el mes y año. En cambio, si no hubo aborto pero la mujer no pudo dar a luz (es decir el feto quedó dentro el útero), llene los casilleros con números “0”.

Hay una propuesta de aumentar una pregunta 30^a sobre ¿en qué hora y minutos se iniciaron las molestias que terminaron con el fallecimiento?

Pregunta 32: condición del recién nacido/a

Marque la casilla correspondiente después de indagar cuidadosamente sobre la condición del feto, (o aborto), o recién nacido/a. Para esta pregunta, tener en cuenta la fecha registrada en la pregunta 31.

Pregunta 33: ¿cuáles de estas condiciones la llevaron a la muerte?

Esta pregunta recoge la opinión de la persona entrevistada. Marque todas las opciones que corresponda, asegurándose de que la persona realmente ha estado cerca de la difunta (o que ha recibido información del servicio de salud, si la muerte ocurrió allí). Marque las causas tal como menciona el/la entrevistado/a. No registre lo que usted considere la causa de muerte. Si la madre falleció en un establecimiento de salud, NO copie en este formulario los diagnósticos de la historia clínica. En principio, deje que la persona diga por sí misma la(s) causa(s) de muerte. Si esto no es posible, oriéntela leyendo las opciones de la pregunta.

E DATOS COMPLEMENTARIOS

Pregunta 34: ¿hizo control prenatal en este embarazo?

Marque la respuesta que corresponda, y llene los rectángulos con la cantidad respectiva, si la difunta hizo prenatal (revisar o preguntar si cuenta con Carnet de Salud de la madre, donde se puede verificar).

Pregunta 35: parentesco del informante con la difunta

Marque lo que corresponda y además escriba la relación familiar (esposo, suegra, hermana, hija, vecino).

Pregunta 36: ¿la defunción fue inscrita en una oficialía de registro civil?

Marque el recuadro que corresponda. Procure verificar esta información solicitando la boleta de registro o certificado de defunción del Registro Civil.

Pregunta 37: semanas transcurridas entre la defunción y la entrevista

Calcule las semanas transcurridas entre la fecha registrada en la pregunta 25 y la fecha que está realizando la entrevista; escriba las semanas que corresponda en los casilleros.

Pregunta 38: datos del entrevistador

Marque la ocupación que le corresponde y si es “Otro”, especifique en la línea negra. Escriba con letra clara su nombre y apellidos. Firme y registre la fecha de entrevista.

FIN DE LA ENTREVISTA

Agradezca a la persona entrevistada por su tiempo y la importancia que tiene su cooperación para la tarea común de todos, que es evitar más muertes de mujeres durante el proceso reproductivo (embarazo, parto, post parto).

POSIBILIDAD DE MAYORES ACLARACIONES

Emplee cuanto espacio en blanco tenga en esta Parte I de la Ficha Epidemiológica, o utilice una hoja en blanco para consignar información que ayude al CTVMM a comprender mejor el caso y así emitir un Informe de Conclusiones apropiado. Puede relatar hechos o situaciones que no estén consignadas en la entrevista y que usted considere importantes.

PARTE II: AUTOPSIA INSTITUCIONAL

Esta parte del formulario tiene que ser aplicada en el establecimiento de salud. Esto quiere decir que si la muerte sucedió en un servicio de Terapia Intensiva, o de Emergencia, en una clínica privada o en un consultorio o centro de salud, es allí donde tiene que ser revisada la información clínica. También cuando hubo referencia desde otro establecimiento, se lo deberá visitar para establecer el tipo de atención que recibió la mujer antes de ser enviada al establecimiento donde falleció.

El representante del CTVMM o persona que estudia el caso no deberá contentarse con la revisión de los expedientes clínicos en sus diferentes secciones (incluidas las hojas de enfermería y de anestesia), sino que, en la medida que los datos no le satisfagan, deberá entrevistar al personal médico, de enfermería y de apoyo que atendió a la mujer. Es

decir, primero hay que revisar el expediente y transcribir a la ficha todo lo que corresponda y, después, entrevistar para completar información y aclarar dudas.

Para aplicar esta parte del formulario, hay que comprender la secuencia de la información y establecer a tiempo la necesidad de información adicional (que será registrada en los espacios en blanco pero no en el reverso de la ficha), por lo que es necesario tener en cuenta las siguientes posibilidades:

Mujer que se internó en un servicio, por trabajo de parto o aborto incompleto, recibió atención, se complicó y murió durante la hospitalización.

Mujer que tuvo su parto en domicilio, se interno por alguna complicación y murió durante la atención hospitalaria.

Mujer atendida previamente en otro(s) establecimiento(s) y es referida por alguna complicación. Muere en el establecimiento de hospitalización final. El establecimiento o servicio final puede ser: gineco-obstetricia o de otra especialidad (UTI, Emergencias, etc).

Mujer que se internó, directamente en un establecimiento o un servicio no gineco-obstétrico (por el tipo de problema o por un diagnóstico equivocado) y murió.

Embarazada atendida por parto o aborto incompleto u otro problema relacionado con el embarazo, es dada de alta, se complicó en domicilio, se hospitalizó por segunda vez en el mismo establecimiento u otro y murió.

Embarazada que se internó por una complicación (coma eclámptico, choque séptico o hemorrágico, por ejemplo) pero no da tiempo para atenderla y muere.

En relación con el recién nacido/a también hay que tener en cuenta algunas posibilidades, en especial cuando el parto ocurre en domicilio y la madre tiene que internarse, con o sin el recién nacido/a, por alguna complicación.

En esta Parte II también hay líneas negras sobre las que hay la necesidad de escribir aclaraciones, una vez marcada la opción correspondiente. También hay recuadros únicos para marcar con una X, y rectángulos dobles o con más casillas que deben ser llenados con números.

En los casilleros que requieren cantidades, cuando el dato no corresponda escriba 00 y cuando sea desconocido escriba 99 también al lado de algunos recuadros únicos hay flechas de flujo que indican a qué pregunta se tiene que saltar.

Antes de iniciar la recolección de información, la(s) persona(s) que realiza(n) el estudio debe(n) presentarse al Director o responsable del establecimiento, mostrarle su credencial del CTVM y explicarle el motivo de su visita, para lograr el apoyo directo y así tener acceso rápido y pleno a la información clínica del caso estudiado y, si es necesario, para entrevistar personas.

La entrevista a personas puede ser importante cuando el caso no está claro, o cuando la historia clínica no contiene toda la información que requiere esta Parte II de Autopsia Institucional, o cuando la historia clínica no está disponible.

ENCABEZAMIENTO

En el encabezamiento hay una advertencia relativa a que esta Parte II implica la revisión de expedientes clínicos y quirúrgicos, y entrevistas a personal médico y de enfermería implicado en la atención a la difunta. Gran parte de la información para este formulario está contenida en la Historia Clínica Perinatal.

Por otro lado se solicita adjuntar copias de 3 documentos que posteriormente complementaran la información de esta ficha y el análisis de la defunción: el Certificado de Defunción, la HCPB y el expediente clínico de la difunta.

Pregunta 39: fecha de ingreso al establecimiento

Registre la fecha de ingreso al establecimiento donde ocurrió el fallecimiento: día, mes, año, hora y minutos si fuera posible.

Pregunta 40: edad gestacional al momento del ingreso

Escriba el dato numérico de la edad gestacional, a partir de la amenorrea, incluso en caso de embarazo ectópico. Si la mujer ingreso luego de haber dado a luz en domicilio o en otro establecimiento de salud, registre “00” (no corresponde).

Pregunta 41: establecimiento de salud

Escriba el nombre del establecimiento y marque con una X la opción respectiva.

Pregunta 42: No. de historia clínica

Registre el número de la Historia Clínica; si no existiera numeración, llene las casillas con números 9.

F. ANTECEDENTES**Pregunta 43: antecedentes obstétricos**

Registre tal cual aparece en la Historia Clínica Perinatal, pero agregue a todas las casillas que corresponda, el embarazo relacionado con la defunción. En las casillas que no corresponda marcar el dato, escriba 00. Escriba 99 solamente cuando el dato sea desconocido.

Pregunta 44: fecha último parto (o aborto)

Registre el mes y el año de la terminación del embarazo anterior al embarazo actual relacionado con la defunción. La terminación pudo ser: parto, aborto, cesárea. Tenga en cuenta si hubo embarazo anterior. Si no lo hubo registre 98/98. Si el dato es desconocido, escriba 99/99.

Pregunta 45: fecha última menstruación

Marque el día, mes y año que corresponda a la pregunta, a base de la información contenida en la Historia Clínica.

Pregunta 46: fecha probable de parto

Calcule la fecha probable del parto (a partir del dato de la pregunta anterior) y regístrela, o transcriba el dato de la Historia Clínica. Si no es posible hacer el cálculo (FUM más 10 días menos 3 meses), escriba 99/99/99.

Pregunta 47: intervalo intergenésico

Calcule las semanas que han pasado entre la fecha de terminación del embarazo anterior y la fecha de terminación (o de defunción, si corresponde) del embarazo actual relacionado con la defunción. Si no hubo embarazo anterior, marque la primera opción de respuesta.

Pregunta 48: antecedentes personales patológicos previos al embarazo actual

Puede marcar con una X las opciones que correspondan a los antecedentes personales patológicos previos al embarazo relacionado con la defunción. Si marca la opción “Otro”, especifique.

G. DATOS DEL CONTROL PRENATAL**Pregunta 49: control prenatal**

Marque la opción que corresponda. Tenga en cuenta las flechas de flujo para continuar.

Pregunta 50: número de controles prenatales

Escriba el número de controles realizado. Anotar 99 si no hay el dato que solicita la pregunta.

Pregunta 51: edad gestacional en la primera consulta prenatal

Escriba la edad gestacional en semanas de la primera consulta, transcribiendo el dato de la Historia Clínica Perinatal. Si no hay el dato, anote 99.

Pregunta 52: edad gestacional en la última consulta prenatal

Escriba la edad gestacional en semana de la última consulta prenatal. Si la difunta realizó sólo una consulta prenatal, repita el dato de la pregunta anterior. Si el dato es desconocido, anote 99.

Pregunta 53: complicaciones detectadas en el control prenatal

Puede marcar mas de una opción, según lo que esté registrado en la Historia Clínica. Si marca la opción “Otro”, especifique en la línea negra.

H. DATOS DEL PARTO O DEL ABORTO

Pregunta 54: forma de determinación del embarazo

Marque la opción que corresponda. Considere las flechas de flujo. Si marca la opción “sin datos”, es decir información desconocida, pase a la pregunta 57.

Preguntas 55: tipo de aborto

Responda esta pregunta cuando corresponda. Marque el recuadro respectivo y luego salte a la pregunta 57.

Pregunta 58: tipo de parto/cesárea

Marque la casilla que corresponda. Si marca la opción “Otro”, aclare escribiendo sobre la línea negra.

I. DATOS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Pregunta 57: ¿la paciente fue atendida o remitida de otro establecimiento de salud o servicio?

Marque la opción que corresponda. Si la respuesta es afirmativa (SI), escriba sobre la línea negra el nombre del servicio o establecimiento de salud remitente. En esta pregunta hay espacio para resumir la atención brindada a la embarazada en el establecimiento remitente. Por tanto, si en la Historia Clínica del hospital de internación final no hay esta información, visite el establecimiento remitente o logre algún tipo de contacto con el responsable del mismo. Si le falta espacio para el resumen, escriba en una hoja en blanco adicional, pero no en el reverso de la ficha.

Pregunta 58: diagnósticos de ingreso al servicio donde falleció

Ubique en la Historia Clínica los diagnósticos de ingreso y marque según corresponda, las opciones. Si marca “Otro”, especifique sobre la línea negra (por ejemplo: rotura uterina; desgarro cervical sangrante; intoxicación por sustancias; lesión autoinfligida con arma de fuego, o punzocortante; defenestración; agresión con arma de fuego, o punzocortante; accidente de tránsito, etc.).

Pregunta 59: indicaciones al ingreso

Revise cuidadosamente las hojas de indicaciones y de acuerdo con

esta información marque la opción que corresponda. Si marca “Otro”, especifique sobre la línea negra. Analice si las indicaciones fueron cumplidas y si las mismas se hicieron o no con oportunidad. Si le falta espacio, anote sus observaciones en una hoja en blanco adicional. En caso de haberse trasladado a UTI, especificar el lugar al que fue referida.

Pregunta 60: acciones medico quirúrgicas

A base de la información contenida en la hoja de indicaciones, de enfermería y de evoluciones, marque la(s) conducta(s) realizada(s). Si es “Otra”, especifique en la línea negra (por ejemplo: administración de sulfato de magnesio, antihipertensivos, etc.). Analice si las acciones fueron cumplidas y si las mismas fueron cumplidas a tiempo o demoraron. Anote sus observaciones en una hoja en blanco adicional.

Pregunta 61: ¿quién atendió el proceso obstétrico-quirúrgico?

Se marcará solamente una opción, teniendo en cuenta la persona bajo cuyo cuidado estuvo la embarazada. Si se marca “Otro”, especifique sobre la línea negra. Se marcará “No tuvo ninguna atención” solamente cuando la mujer hubiera fallecido sin dar tiempo a ningún tipo de atención, o si fue “abandonada” por el personal de salud; en este caso siga el flujo de la pregunta.

Pregunta 62: tipo de anestesia

Para elegir la opción a marcar, revise la Historia Clínica y la hoja de anestesia o pregunte al respecto. Si la opción a marcar es “ninguna”, salte luego a la pregunta 64.

Pregunta 63: ¿hubo complicación anestésica?

Revise la Historia Clínica, la hoja de anestesia, o pregunte para saber si hubo alguna complicación anestésica. Formule esta pregunta en todos los casos en que la usuaria recibió anestesia, aunque parezca estar clara la causa de muerte. En caso de marcar “Si”, registre el tipo de complicación anestésica. También debe anotarse quien administro la anestesia (anestesiólogo, residente, médico general, otro especialista, Lic. en Enfermería, etc.)

Pregunta 64: ¿hubo alguna complicación quirúrgica?

Revise la Historia Clínica y si es el caso también el protocolo operatorio,

o entreviste para establecer si hubo complicaciones quirúrgicas. Se trata de averiguar la presencia de complicaciones tanto de la práctica quirúrgica (por ejemplo: perforación uterina durante el legrado, sección de uréter o de arteria uterina en la cesárea, u otras) como del proceso quirúrgico (complicaciones no previstas, como hemorragia o atonía uterina que obliga a realizar histerectomía, por ejemplo). En caso de marcar “SI”, aclare escribiendo sobre la línea negra.

Pregunta 65: ¿complicación durante la atención del parto o del proceso de aborto?

Revise la Historia Clínica, o entreviste para establecer si hubo complicaciones durante la atención del parto o del proceso abortivo: hemorragia intraparto, retención de placenta, retención de membranas y/o cotiledones, retención de cabeza última fetal, desgarros, choque materno, sufrimiento fetal, otros. Al marcar “Si”, corresponde aclarar escribiendo sobre la línea negra.

Pregunta 66: ¿se realizó transfusión de sangre?

Marque la casilla correspondiente. En caso de “SI”, indague la cantidad de paquetes globulares transfundidos y anote. En caso de administrarse hemoderivados, indique cuales y la cantidad de paquetes.

Pregunta 67: ¿la transfusión fue oportuna?

En caso de marcar la opción “NO”, aclare escribiendo sobre la línea negra.

Pregunta 68: ¿hubo dificultades para obtener sangre?

Marque lo que corresponda, incluso más de una opción.

Pregunta 69: condición del(la) niño(a) al nacer

Se refiere al recién nacido/a. Marque la opción que corresponda. Tenga en cuenta los flujos de cada opción.

Pregunta 70: peso al nacimiento

Transcriba de la Historia Clínica el peso correspondiente en gramos, así como la talla en milímetros y marque la casilla correspondiente a sexo.

Pregunta 71: apgar

Marque la casilla correspondiente. Si el apgar fue evaluado al primer y quinto minutos, escriba una cifra en cada casilla, por ejemplo 7 y 9 (9 es igual a 9 ó 10 de apgar).

Pregunta 72: reanimación neonatal

Marque la casilla de acuerdo al caso.

Pregunta 73: egreso del recién nacido/a

Marque la casilla correspondiente. Tenga en cuenta las flechas de flujo.

Pregunta 74: fecha y hora del fallecimiento del recién nacido/a

Transcriba de la Historia Clínica el día, mes, año, hora y minutos si fuere posible del fallecimiento. En caso de que estos datos no estén registrados, busque en las hojas de evolución o enfermería, o entreviste al personal de salud involucrado en la atención del bebé.

J. DATOS DEL PUERPERIO**Pregunta 75: complicaciones del puerperio (o postaborto)**

Revise la Historia Clínica para elegir la opción u opciones relacionadas con complicaciones. Si marca la opción "Otra", especifique en la línea negra.

K. DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA MUERTE MATERNA**Pregunta 76: ¿se realizó autopsia?**

Marque la casilla correspondiente; en caso de no haberse realizado la autopsia, debe aclararse la causa. En caso afirmativo, copie el resultado anátomo-patológico escribiéndolo sobre las líneas negras.

Pregunta 77: diagnósticos de defunción de la historia clínica

Copie en el recuadro todos los diagnósticos finales que figuran en la historia clínica.

Si hubieran registrados más de cuatro diagnósticos, deben anotarse todos en el recuadro.

PARTE III : INFORME DE CONCLUSIONES

El llenado de esta sección, tanto para las muertes domiciliarias como hospitalarias corresponde a los CTVMM que estudian el caso, y NO a la persona que entrevista. Las respuestas serán registradas previa revisión y análisis de la información contenida en las Partes I y II de la Ficha Epidemiológica.

Si el CTVMM considera que la información es insuficiente y/o deficiente, postergará la elaboración del informe, e instruirá completar los datos, o la realización de un nuevo estudio del caso. El CTVMM podrá también encomendar la tarea a otra persona (un miembro del Comité, por ejemplo) o ratificar a la misma.

Pregunta 78: causas biológicas del fallecimiento (CIE 10^a)

Sobre la base de la información y diagnósticos contenidos en las preguntas: 33, 58, 63, 64, 65, 76 y 77, el CTVMM identificará de 1 a 3 causas biológicas de muerte, según las siguientes definiciones contenidas en la CIE 10^a.

102

CAUSA DE DEFUNCIÓN

Las causas de defunción que se deben registrar son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones. Por tanto, es posible identificar tres tipos de causas de muerte: directa, básica y contribuyente (asociada), de acuerdo con las definiciones contenidos en este manual (revisar los cuadros 3 y 4 para mayor información).

En la pregunta se registrará las causas de muerte en el siguiente orden: primero la causa directa (primera línea), a continuación las causas antecedentes y luego la causa básica (cuarta línea) y finalmente, el estado patológico asociado o contribuyente, si existieran.

Cuando se identifica la causa directa, hay que establecer si ésta responde a otra situación previa (causa básica). Debe tenerse cuidado al elaborar esta secuencia si el proceso patológico que condujo a la muerte fuera único. Naturalmente no sería preciso usar las líneas

primera y segunda si la enfermedad o proceso patológico que condujo a la muerte fuera único.

Esta forma de proceder a la identificación de causas de muerte ayuda a entender el proceso biológico de la muerte, además de que favorece la discusión y adquisición de destrezas en la identificación de la secuencia de los diagnósticos de defunción.

En cada caso hay una línea negra para escribir la causa y cuatro casillas (tres juntas y una separada). Las casillas sirven para codificar la causa a base de la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el anexo 6 de este manual se presenta un listado agrupado de causas de defunción con la codificación respectiva, En caso necesario, debe revisarse el Volumen 1 (páginas 103 a 1113). Los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio están en el capítulo XV del mencionado volumen (páginas 683 a la 723).

El CTVMM dispone de esta lista de 4 caracteres, de la 10^a CIE en el mencionado anexo de este Manual, y a propósito de esto, todos los estadísticos de redes y de hospitales deben ser capacitados en el manejo apropiado de estos códigos y deben ser delegados para esta tarea, en coordinación con los CTVMM respectivos.

Se recomienda revisar el anexo 6 de este Manual para identificar las causas de defunción, ya que no siempre es posible identificar tres causas. A veces ni siquiera dos. En algunos casos la causa básica puede ser a la vez causa directa.

Pregunta 79: causas no biológicas del fallecimiento

El CTVMM puede seleccionar hasta tres causas, con base de la información contenida en las preguntas: 27, 28 y 29 de la parte I de la ficha epidemiológica.

Pregunta 80: demora identificada:

Esta es una pregunta importante para interpretar las barreras en el camino de la sobrevivencia materna. En esta pregunta, se agrupan las tres demoras relacionadas con la morbimortalidad materna.

En la primera columna (a la izquierda) se agrupan las dos primeras demoras (comunitaria y de acceso). La columna del medio y la de la derecha intentan agrupar factores que corresponden a la tercera demora (calidad de la atención). Donde se puede marcar más de una opción.

Las demoras identificadas serán aclaradas y complementadas en el informe de conclusiones del CTVMM respectivo y permitirá el análisis y la elaboración del Plan de Acción respectivo

Pregunta 81: la mujer fue referida

En este acápite se registran tres aspectos de la referencia de la mujer:

- El motivo por el que fue referida
- De que lugar o establecimiento de salud fue referida y hacia donde.
- La fecha y hora de esta referencia

Se abren varias posibilidades debido a que en el proceso de la VEMM especialmente en las principales ciudades, se logro evidenciar que una mujer que fallece, generalmente pasa por 2 o 3 establecimientos de salud, antes del deceso; y los establecimientos intermedios se constituyen en “trampas mortales” donde la mujer “perdió tiempo” ya que podía haber sido trasladada directamente a un establecimiento de mayor complejidad, optimizando el tiempo de acceso y mejorando su pronostico.

Pregunta 82: Tipo de fallecimiento

El CTVMM debe catalogar el tipo de fallecimiento materno, de acuerdo con las definiciones contenidas en esta norma (directa, indirecta, tardía, relacionada).

Pregunta 83: ¿según el parecer del Comité la muerte analizada era evitable?

El CTVMM analizará toda la información y la situación de la muerte materna estudiada y emitirá su criterio, marcando la casilla correspondiente.

Pregunta 84: opinión del Comité sobre la responsabilidad principal por la defunción

El CTVMM opinará sobre una opción de responsabilidad principal, a base de toda la secuencia de la información contenida en las Partes I y II, más los datos adicionales registrados por el entrevistador en los espacios en blanco, que ayudarán a este propósito.

Pregunta 85: opinión del Comité sobre la responsabilidad secundaria por la defunción

El CTVMM opinará sobre una sola opción de responsabilidad secundaria, a base de toda la secuencia de la información contenida en las Partes I y II. En caso de considerar “Otra”, se debe especificar en las líneas negras.

Pregunta 86: la defunción era evitable mediante medidas

Opinión del CTVMM sobre el tipo de medidas, que de haber sido aplicadas podrían haber contribuido a evitar la muerte materna. En caso de considerar “Otras”, especificar sobre la línea negra. Luego, explicar las medidas concretas, porque esto ayuda a la toma de decisiones para evitar en el futuro que otras muertes maternas ocurran por las mismas causas.

INFORME DE LOS COMITES

El Informe de Conclusiones tiene que ser objetivo y sustentado por la información contenida en la Ficha. No puede estar basado en suposiciones. Debe contener un resumen de algunos datos más relevantes contenidos en las Partes I y II de la Ficha Epidemiológica, pero fundamentalmente se trata de un criterio, cuidadoso y responsable, sobre los hallazgos y demoras identificadas, la evitabilidad y responsabilidad de la muerte estudiada, y de las medidas que hubieran podido impedirla de haber sido aplicadas.

Debe estar escrito a máquina o con letra legible y firmado por el Presidente y Secretario respectivos. Algunos de los siguientes elementos pueden estar presentes en el texto.

- Edad, estado civil y número de huérfanos menores a 10 años.
- La ruta crítica que siguió la mujer durante la referencia (si la hubo), el nivel de complejidad de los establecimientos de salud que visito hasta llegar al establecimiento donde falleció.
- Tipo, momento y sitio de la defunción.
- Causas no biológicas del fallecimiento. Características de la reacción personal y familiar (reconocimiento o no del problema; decisión de buscar o no ayuda; dificultades o facilidades para llegar o no hasta el servicio de salud; características de la atención recibida).
- Causas biológicas del fallecimiento. Indicar si la muerte fue por hemorragia, infección, aborto, parto obstruido, preeclampsia-eclampsia, complicación anestésica u otra.
- Responsabilidad. Si hubo diagnóstico correcto, atención oportuna y apropiada.
- Evitabilidad. Breve análisis de lo que se hizo y dejó de hacer, en la familia – comunidad (1ra demora) transporte y comunicación (2da demora) y establecimiento de salud (3ra demora). Si había o no recursos, y si éstos fueron o no empleados oportuna y apropiadamente. Qué medidas hubieran evitado el deceso materno.

RECOMENDACIONES

El CTVMM identificará las acciones más apropiadas (no simples enunciados) para corregir aquellas situaciones detectadas y que pudieran repetirse y provocar otra(s) muerte(s) materna(s). Identificar las instancias responsables (o las personas, si corresponde) para ejecutar esas actividades, los plazos y los recursos o apoyos que se necesitarían. Dará seguimiento a las mismas, en los plazos establecidos.

Las recomendaciones serán registradas en un acta de reunión del CTVMM, que además deberán ser dadas a conocer a las instancias comprometidas, según cada caso.

ANEXO 3

MODELO PARA ESTIMAR EL NÚMERO DE MUERTES MATERNAS

Está descrito por separado el que corresponde a los municipios, y el que puede ser aplicado en el nivel departamental.

Para el nivel municipal

El modelo utiliza tres datos: (a) la población municipal, para el año que se desea trabajar los daos; (b) la tasa bruta de natalidad por 1 000 habitantes y, (c) la razón de mortalidad materna, por 100 000 nacidos vivos.

La población municipal debe provenir de las estimaciones realizadas por el INE. El modelo fija nueve rangos arbitrarios de magnitud poblacional. Hay que ubicar al municipio en el rango que le corresponde, y con el dato “exacto” de población, realizar los cálculos según las especificaciones contenidas en cada columna de la tabla 1. Los datos de las columnas B y D son referenciales pero fijos.

Tabla 1
Modelo para estimar número anual de muertes maternas a partir de la magnitud de la población municipal

POBLACIÓN MUNICIPIO (A)	TASA BRUTA DE NATALIDAD X 1 000 HABITANTES (B)	NÚMERO total ESPERADO de NACIDOS VIVOS (C) (A * B) / 1000	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA X 100 MIL NACIDOS VIVOS (D)	NÚMERO anual ESPERADO MUERTES MATERNAS (E) (C * D) / 100 000
5 000	30	150	700	1
10 000	30	300	650	1-2
15 000	29	435	600	2-3
20 000	29	580	550	3
25 000	28	700	500	3-4
30 000 a 50 000	28	840 a 1 400	400	3-6
60 000 a 90 000	27	1 620 a 2 430	300	5-7
100 000 a 300 000	26	2 600 a 7 800	200	5-16
400 000 y más	25	10 000	100	10

La tasa bruta de natalidad asignada a cada grupo de la tabla 1 es arbitraria, y parte del supuesto de que a menor población municipal, mayor tasa. En la tabla 2, están las cifras estimadas del indicador, realizadas por el INE para el 2010, por departamento. La tasa promedio nacional para el mismo año es de 26,31, en tanto que la ENDSA 2008 ha generado la cifra de 26 nacidos vivos X 1 000 habitantes. Estas tasas son la referencia para las que han sido asignadas a cada grupo de magnitud poblacional municipal.

Las razones de mortalidad materna asignadas para cada grupo poblacional de la tabla 1, son mucho más arbitrarias que para el caso de la tasa de natalidad. También parten del supuesto que, a menor población municipal, mayor razón de mortalidad materna.

Para el nivel departamental

El modelo es de tres pasos. Recupera información del SNIS-VE sobre muertes maternas y nacidos vivos, ambos en establecimientos de salud; obtiene por defecto los datos para el nivel domiciliario y, finalmente, establece el panorama global en cada departamento.

Debido a que no es posible establecer cifras para el año en ejercicio, los datos calculados para el 2010 serán utilizados en 2011; los del 2011, una vez elaborados, para el 2012, y así sucesivamente. Esto quiere decir que en el 2011, en cada departamento se esperará cuando menos el número de muertes maternas calculado para el 2010, y así sucesivamente.

El modelo no es perfecto. Su distancia con la realidad (en más o en menos) es muy particular en cada departamento. Sólo el Coordinador de Red de Servicios que preste suficiente atención al modelo, trabajando con la información sugerida en los diferentes pasos, y analizándola cuidadosamente, podrá entrar la ruta y realizar los ajustes del caso. Pero hay que asumir la responsabilidad de no “manipular” el modelo para elaborar mentiras.

Paso 1: Estimación de la letalidad materna hospitalaria 2010

Este paso tiene el propósito de estimar la letalidad materna hospitalaria (o, si se prefiere, la razón de mortalidad materna) en el

nivel departamental. Para el efecto, es necesario acudir tanto a datos del INE como del SNIS-VE, según es posible advertir en la tabla 2.

Tabla 2. Paso 1 del modelo

DEPTO (A)	POBLACION 2010 (B)	Tasa bruta de natalidad X 1000 (2010) (C)	NUMERO NACIDOS VIVOS ESPERADO 2010 (D) (B * C) / 1000	NUMERO PROMEDIO MUERTES MATERNAS EN SERVICIOS (2008-2010) (E)	NUMERO REAL ESTIMADO MUERTES MATERNAS EN SERVICIOS 2010 (F) (E * 2)	NUMERO NACIDOS VIVOS EN SERVICIOS 2010 (G)	LETALIDAD MATERNA x 100 MIL NACIOS VIVOS (H) (F / G) * 100 000
CHU	650 570	27,90	18 151	11	22	10 809	204
LPZ	2 839 946	24,61	69 891	31	62	41 308	150
CBBA	1 861 924	26,49	49 322	17	34	33 581	101
ORU	450 814	23,73	10 698	8	16	8 935	179
PTS	788 406	28,95	22 824	7	14	10 295	136
TJA	522 339	24,60	12 850	7	14	9 559	146
SCZ	2 785 762	26,92	74 993	28	56	53 942	104
BEN	445 234	29,57	13 166	7	14	10 489	134
PDO	81 160	29,52	2 396	1	2	1 878	106
BOL	10426154	26,31	274 312	115	230	180 796	127

El primer dato a estimar es el de la columna D, aplicando la fórmula que aparece en el encabezado de esa misma columna. El dato de la columna E, es el número promedio de tres años (2008 a 2010) de muertes maternas en servicio, reportadas al SNIS-VE. Se ha optado por el promedio, por las diferencias que hay de un año a otro en el reporte de decesos maternos en cada departamento.

Cada año que pase, se deberá reemplazar los datos de las columnas B y C, si la información está disponible. De igual manera, se deberá seguir trabajando con el promedio de muertes maternas en servicio, reportadas al SNIS-VE, en los últimos tres años.

En razón al sub-registro de muertes maternas en servicio, y que ha sido demostrado por la Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna, la columna F resulta de multiplicar por dos el dato de la columna E.

El dato de la columna G, puede ser obtenido del SNIS-VE, para el año correspondiente. Finalmente, la columna H se obtiene aplicando la fórmula que figura en el encabezado de esa misma columna, y que constituye el propósito del primer paso del modelo. Debido a que este dato es una estimación, siempre hay que tener en mente la posibilidad de que esté alejado en más o en menos de la realidad. En tanto más esfuerzos sean realizados para reducir el sub-registro de muertes maternas en servicio, el factor 2 de multiplicación de la columna F, deberá ser reducido paulatinamente.

Paso 2: Estimación del número de muertes maternas en domicilio

Este paso tiene el propósito de estimar el número de muertes maternas en domicilio, tal como aparece en la tabla 3.

Tabla 3. Paso 2 del modelo

DEPARTAMENTO (A)	NACIDOS VIVOS EN DOMICILIO 2010 (B)	RAZON DE MORTALIDAD MATERNA EN DOMICILIO X 100 000 NACIDOS VIVOS (C)	NUMERO ESTIMADO MUERTES MATERNAS EN DOMICILIO 2010 (D) (B * C) / 100 000
CHUQUISACA	7 342 (40,4%)	306	22
LA PAZ	28 583 (40,9%)	300	86
COCHABAMBA	15 741 (31,9%)	202	32
ORURO	1 763 (16,5%)	358	6
POTOSI	12 529 (54,9%)	272	34
TARIJA	3 291 (25,6%)	219	7
SANTA CRUZ	21 051 (28,1%)	156	33
BENI	2 677 (20,3%)	268	7
PANDO	518 (21,6%)	212	1
BOLIVIA	93 516 (34,1%)	254	238

El dato de la columna B es obtenido por defecto. Es la diferencia entre las columnas D y G de la tabla 2. Además, entre paréntesis está el porcentaje que esos nacimientos en domicilio representan sobre el total de nacidos vivos esperado. Las diferencias de este porcentaje

(cobertura de nacimientos vivos en domicilio) entre departamentos, pueden ayudar a entender algunas de las cifras de mortalidad materna obtenidas con el modelo.

La Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna estableció que la probabilidad de muerte materna en domicilio, es el doble en comparación con la que ocurre en establecimientos de salud. Por tanto, la columna C de la tabla 3, se estima multiplicando por 2, el dato de la columna H de la tabla 2, excepto para Chuquisaca, Tarija y Santa Cruz, cuyo factor de multiplicación es solamente 1,5.

Finalmente, el número de muertes maternas en domicilio (columna D) puede ser estimado, aplicando la formula contenida en el encabezado de esta misma columna.

Paso 3: Estimación del número total de muertes maternas y de la razón

Este paso tiene el propósito de estimar dos datos finales, el número total de muertes maternas por departamento, y la correspondiente razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos.

Los administradores de programas de salud sexual y salud reproductiva, así como los miembros de Comités Departamentales de estudio de la mortalidad materna, deben tener en cuenta que es muy importante tener presentes ambos datos. No es posible manejarlos por separado, o ignorar alguno. Esto porque la disminución del número de muertes maternas, por ejemplo, no implica necesariamente la reducción de la razón de mortalidad materna.

Tabla 4. Posibilidades resultantes de la interacción entre el número de decesos maternos con la razón de mortalidad materna

NUMERO MM \ RAZON	INCREMENTO	ESTACIONARIA	DISMINUCION
INCREMENTO	(disminución o estacionamiento del número de recién nacidos vivos)	(incremento del número de recién nacidos vivos)	(incremento mayor del número de recién nacidos vivos)
ESTACIONARIO	(disminución del número de recién nacidos vivos)	Sin cambios en ambas cifras	(incremento del número de recién nacidos vivos)
DISMINUCION	(disminución importante del número de recién nacidos vivos)	(incremento del número de recién nacidos vivos)	(disminución del número de recién nacidos vivos)

La tabla 4 muestra nueve posibilidades, a partir del número de muertes maternas y, a continuación, la obtención de la razón de mortalidad materna. La explicación de cada posibilidad está contenida en cada una de las nueve casillas.

Tabla 5. Paso 3 del modelo

DEPARTAMENTO (A)	NUMERO ESTIMADO MUERTES MATERNAS 2010 (Y EPMM 2000) (B)	RAZON DE MORTALIDAD MATERNA ESTIMADA 2010 (C)
CHUQUISACA	44 (33)	242 (-)
LA PAZ	148 (238)	212 (+)
COCHABAMBA	66 (70)	134
ORURO	22 (26)	206 (--)
POTOSI	48 (89)	210 (++)
TARIJA	21 (16)	163 (-)
SANTA CRUZ	89 (120)	119
BENI	21 (34)	160 (+)
PANDO	3 (0)	125
BOLIVIA	468 (623)	171 (+)

Los datos de la columna B de la tabla 5, se obtienen sumando las muertes maternas “reales” en establecimientos salud (tabla 2, columna F) con las muertes maternas en domicilio (tabla 3, columna D). En esta columna B, figura, a manera de referencia, el número de muertes maternas por departamento, identificadas por la Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna, cuyos datos corresponden al año 2000.

Finalmente, la columna C resulta de dividir el número de muertes maternas de la columna B, entre el número total de recién nacidos vivos estimado para cada departamento (tabla 2, columna D), y multiplicar el resultado por 100 mil.

En la columna C, la razón de mortalidad materna estimada, aparece con uno o dos signos menos (-) o con uno o dos signos más (+) en algunos departamentos. El signo (-) indica que la razón estimada podría ser menor. Lo contrario cuando aparece el signo (+).

BIBLIOGRAFIA

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Mortalidad materna en la ciudad de La Paz. La pérdida de una batalla por la vida. La Paz: Editora Atenea SRL; 1994 (Médicos Consultores. Temas de Medicina Social No.3).

De La Galvez Murillo Alberto. Mortalidad materna en Bolivia 2000. La Paz: INE/MSD; 2003 (Informe sobre la Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna).

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Salud y población. En: Médicos Consultores. Salud Sexual y Reproductiva. La Paz: Imprenta FACIL; 2011:355-390.

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Mortalidad materna. En: Médicos Consultores. Salud Sexual y Reproductiva. La Paz: Imprenta FACIL; 2011:32-40.

De La Galvez Murillo Alberto. Pobreza y mortalidad materna en Chuquisaca 1998-2010. La Paz: Apoyo Gráfico; 2011.

Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas demográficas. Calendario 2005-2010. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/indice.aspx> (Acceso el 19 de octubre de 2011).

Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. La Paz: ABBASE Ltda.; 2008 (Serie: Documentos Técnico Normativos. Publicación No. 105). Disponible en: <http://www.sns.gob.bo>

Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Producción de servicios. Atención de parto en servicio. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo/snis/default> (Acceso el 20 de octubre de 2011).

Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia epidemiológica. Mortalidad. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo/snis/default> (Acceso el 20 de octubre de 2011).








Ministerio de Salud y Deportes, Curso de educación permanente en la política de salud familiar comunitaria intercultural y el Sistema Único de Salud. Dossier Bibliográfico Residencia Medica SAFCI – 2012

Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009 – 2015 La Paz: Sistemas Graficos “Color”; 2009 (Serie: Documentos Técnico Normativos. Publicación No. 152). Disponible en: <http://www.sns.gob.bo>

ANEXO 4

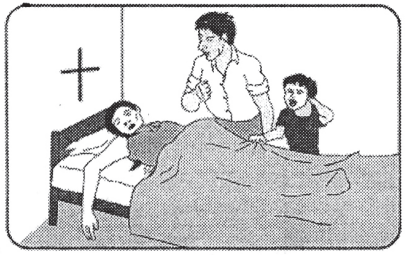
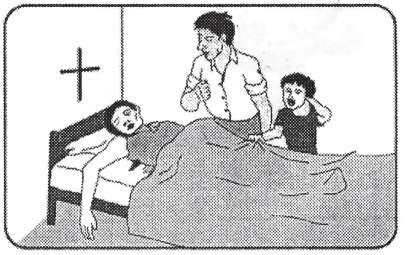
MODELO DE FORMAS DE NOTIFICACION COMUNITARIA DE CASOS PROBALES DE MUERTE MATERNA

HOJA DE INFORME

Servicio Departamental de Salud Distrito Municipio Comunidad Nombre del vigilante Mes Año	Nombre del vigilante Comunidad Mes Año	
		
		
		
		
		
		
		

Esta hoja de Informe Comunitario esta siendo utilizado por algunos Servicios Departamentales, y es parte de un cuadernillo que utiliza el personal comunitario (Vigilante) que es orientado para que escriba el nombre, lugar y otros detalles o solo marque con palotes en la columna junto al dibujo de acuerdo al caso que se le presenta, sea muerte materna durante el embarazo, parto o post parto , muerte del recién nacido, menor de un año o menor de cinco años, en la segunda columna , el personal de salud transcribe lo informado por el personal comunitario y corta o arranca el segmento de la “Hoja de Informe Comunitario” y contará con la información correspondiente a la comunidad, al mes y año respectivo, para posteriormente hacer el estudio del caso.

TALONARIO DE FICHAS PARA INFORME DE PERSONAL COMUNITARIO

N°	N°
 <p>.....</p> <p>.....</p>	 <p>.....</p> <p>.....</p>

Este sistema de reporte comunitario se utiliza en otras localidades, que consiste en entregar a cada personal comunitario un talonario con la representación de los diferentes casos que notifica o atiende el personal comunitario asignado con un número que lo identifica fácilmente, cuando se le presenta un caso arranca la mitad de la boleta y se lo entrega a la familia para referirla o como constancia de la atención, también puede escribir algunos datos en las líneas debajo del dibujo. Cuando se presenta ante el personal de salud entrega el talonario conociéndose así la actividad realizada y se profundiza la información de acuerdo a los casos presentados, mucho más si se trata de una muerte materna para identificarla mejor y hacer el estudio de caso.

INFORME COMUNITARIO DE SALUD MATERNO NEONATAL



Informe Comunitario de Salud Materno Neonatal



NOMBRE DE LA EMBARAZADA _____ EDAD _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____

CONTROL PRENATAL - Antecedentes

Con compañero Sola

Hijos Vivos Muertos

Cesárea anterior Si No

Cuidado del embarazo Vacunación Antitetánica

Ataques - Temblor

Tiempo de rotura de membranas

Sana Hinchazón Delgada Palida Hemorragia

PARTO

Fecha

DIA	MES	AÑO

Duración de trabajo de parto

Muerta

Hemorragia

Procidencia cordón o miembro

Presentación

Recién nacido

Mujer Varón

Gemelar Melizos

gramos

POST-PARTO

1er día	2o día	3er día
Sana	Sana	Sana
Fiebre	Fiebre	Fiebre
Hemorragia	Hemorragia	Hemorragia
Muerta	Muerta	Muerta

RECIENTE NACIDO

Primeras horas	1er día	2o día	3er día
Nacido muerto	Sano	Sano	Sano
Asfisia	Enfermo	Enfermo	Enfermo
Muerta	Muerta	Muerta	Muerta

PLANIFICACION FAMILIAR

¿Recomendó alguno de estos metodos ?

Pastillas Condón Inyectable Ritmo

LACTANCIA

Otra forma de obtener información del personal comunitario es el propuesto por el Centro Latinoamericano de Perinatología de la OPS/OMS - CLAP, cuyo formulario perinatal especialmente diseñado para atención domiciliaria es de fácil comprensión y llenado mediante el tarjado o encerrar en círculos los dibujos de las atenciones brindadas ya sea durante el control prenatal, parto, post parto, del recién nacido incluido anticoncepción y lactancia materna, y la modificación de incluir la de muerte materna en cualquiera de esos momentos; en algunos SEDES forma parte del Cuaderno de Información del Vigilante Comunitario.

El CLAP está en proceso de sistematizar toda esta información en un paquete propuesto como el Sistema Informático Perinatal Comunitario – SIPITO Comunitario.

FORMULARIO PERINATAL PARA PARTO DOMICILIARIO - PROYECTO DESAPER - CLAP-OPS/OMS - DID - CIDA

NOMBRE DE LA EMBARAZADA _____ EDAD _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

Nº IDENTIFICACION PARA CODIFICAR SEGUN SIP _____

CONTROL PRENATAL - Antecedentes

Hijos Vivos Nº _____ Muertos Nº _____

Cesárea anterior Sí No

Cuidado del embarazo SI NO

Vacunación Antitetánica SI NO

Ataques-Temblor Sí No

Tiempo de rotura de membranas 1 día 2 días 3 días

Delgada Palida Sana Hinchazón Sangrado

PARTO

Fecha DIA MES AÑO

Duración de trabajo de parto 1er día 2º día

Sangrado Sí No

Procidencia cordón o miembro Sí No

Presentación Cefálica Breech Gemelar Mellizos Sí No

Recién nacido Mujer Varón

Peso lb. onz. g.

POST-PARTO

1er día	2º día	3er día
<input type="checkbox"/> Sana	<input type="checkbox"/> Sana	<input type="checkbox"/> Sana
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Sangrado
<input type="checkbox"/> Muerta	<input type="checkbox"/> Muerta	<input type="checkbox"/> Muerta

RECIEN NACIDO

Primeras horas	1er día	2º día	3er día
<input type="checkbox"/> Nacido muerto	<input type="checkbox"/> Sano	<input type="checkbox"/> Sano	<input type="checkbox"/> Sano
<input type="checkbox"/> Asfisia	<input type="checkbox"/> Enfermo	<input type="checkbox"/> Enfermo	<input type="checkbox"/> Enfermo
<input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Muerto

PLANIFICACION FAMILIAR
Recomendó alguno de estos métodos ?

Pastillas Condón Inyectable DIU Ritmo

LACTANCIA Sí No

Doc.Int. CLAP 18/95

OBSERVACIONES : _____

ANEXO 5

ESLABONES CRITICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS DE MUERTES MATERNAS CONFIRMADAS²³

La metodología para la *detección de eslabones críticos* en la prevención de muertes maternas, es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención, para que los Comités de Estudio de la Mortalidad Materna, transformen la información en conocimiento estratégico, y transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones, al escrutinio de las fallas del sistema de atención.

Cada caso de muerte materna nos sirve para identificar errores ya sea por la omisión, por demora o por insuficiente calidad con la que se dio un servicio. Del análisis de eslabones deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de otras mujeres.

El supuesto es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que -en condiciones similares acuden hoy a nuestros servicios, y que si no hacemos algo distinto, no vamos a prevenir otra muerte materna.

Son dos los objetivos primordiales:

1. Sistematizar el análisis de cada caso de muerte materna como un evento centinela que nos sirve como “rastreador o trazador” para detectar continuamente los errores perfectibles, tanto de la atención médica directa, como de los procesos organizacionales que la sustentan.
2. Apoyar a los Comités de estudio de la Mortalidad Materna a transformar la información que recogen, en *conocimiento estratégico* para la prevención de muertes maternas.

Detección de eslabones críticos en los procesos de atención

Consiste en el análisis de las interacciones que la mujer que falleció tuvo en su domicilio y con los servicios de salud. El análisis busca

23 Para mayor información y seguir la metodología completa de “Detección de Eslabones Críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas” 3ra. Versión, que se encuentra en Google (Eslabones Críticos).

detectar en cuál de esas interacciones se pudo haber evitado la muerte, para responder a la pregunta:

¿Qué tengo que hacer *hoy diferente*, para evitar la muerte de la mujer que se encuentra en condiciones similares a la que murió ayer?

Un eslabón crítico es un procedimiento que involucra una actividad crucial para prevenir o detectar oportunamente un daño. Es una actividad que de realizarse previene la muerte de una mujer que presenta complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

Crítico es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte en el sentido de que su falla contribuye a la mortandad, y por otra que su mejora es “crucial” para evitar la muerte materna de otra mujer que está en condiciones similares.

Esta metodología de análisis revisa los procedimientos que describe el modelo de atención de la mujer embarazada que va desde programas preventivos, atención prenatal en un centro de salud, referencia; atención en segundo nivel; contra referencia; referencia para el parto; atención del parto y puerperio inmediato, y contra referencia para seguimiento de puerperio y del recién nacido.

Personal capacitado con suministros y competencias técnicas para la emergencia, existencia de unidades de transfusión sanguínea.

Cadena de eslabones que describe la secuencia de servicios para la mujer embarazada según el modelo de atención que sustenta cada uno de estos eslabones mediante lineamientos y normas técnicas de atención. Estos lineamientos sirven de parámetro para evaluar la suficiencia, oportunidad y calidad de la atención que recibió la mujer durante el embarazo, el parto, y el puerperio.

¿Qué modificaciones tengo que hacer en los procesos de atención directa y en los procesos organizacionales, para evitar la muerte de las mujeres que son atendidas en nuestros servicios?

El postulado es que si identificamos en qué eslabón crítico del proceso de atención se pudo haber evitado la muerte, podremos evitar otras muertes, siempre y cuando se optimice la oportunidad y la calidad en actividades críticas de ese proceso de atención.

Cada caso revisado deriva en acciones de mejora a corto y a mediano plazo.

Además en el conjunto de casos se analizan los procesos organizacionales que son críticos para asegurar la calidad y la oportunidad de la atención.

Los siete pasos a seguir:

1. De cada caso de muerte materna reunir todos los documentos necesarios que se señalan en la conformación de los Comités de Estudio (Expediente clínico, Historia Clínica Perinatal Base, Certificado Médico de Defunción, Fichas epidemiológicas parte I. II y III (Autopsia verbal, Institucional e Informe de Conclusiones).

2. Describir de cada caso, —en un diagrama de eslabones— la secuencia de interacciones que la mujer tuvo con los servicios de salud o en domicilio, de acuerdo con los pasos seguidos para atender a la mujer embarazada.

3. Análisis de cada uno de los casos de muerte materna por separado, para evaluar si hubo apego a las normas, protocolos, lineamientos técnicos o incumplimientos por omisión, demora o falta de calidad.

4. En el conjunto de casos:

4.1 Ponderar la frecuencia con la que se registran «incumplimientos» en eslabones críticos que se asocia a la mortalidad materna, se puede utilizar el diagrama de Pareto. (1)

4.2 Identificar los procesos organizacionales y funcionales involucrados para detectar qué factores están condicionando o propiciando la incidencia de incumplimientos, según el diagrama Causa-Efecto o de *Ishikawa*. (1).

5. Definición de acciones de mejora inmediatas a corto plazo en el nivel local, así como algunas mejoras a mediano plazo.

6. Plan de conducción, seguimiento y monitoreo de las decisiones tomadas y de las acciones de mejora propuestas, que es la base para la cuarta etapa del Sistema de Vigilancia desarrollada posteriormente, y principalmente debe estar compuesto por:

a) indicadores para monitorizar actividades críticas.

b) un plan operativo para la medición.

- c) evaluar los efectos intermedios.
- d) difusión y dar visibilidad a los indicadores.
- e) motivación y reconocimientos continuos

7. Incorporación de la actividad crítica en los procesos organizacionales.

ANEXO 6

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES – CIE : 10° VERSION

Lista de los códigos CIE-10 que describen las afecciones que pueden ser causa de muerte (causa básica) ²⁴

Los códigos descritos en este capítulo pueden ser utilizados en la codificación de la mortalidad o morbilidad (a no ser que el código se especifique en particular como código de mortalidad)

Los códigos se agrupan en los nueve grupos de causas obstétricas de muerte, más que en el orden de la lista del Volumen 1 de la CIE-10, o sus listas de tabulación especiales, y es posible que no contenga todos los códigos de un bloque.

A los efectos de este MANUAL, en esta sección solo se debería seleccionar como causas básicas de muerte a las afecciones y sus códigos asociados.

Esta lista debiera siempre ser utilizada conjuntamente con los tres volúmenes de la CIE-10. Se debe verificar el código sugerido y codificar toda información adicional utilizando la CIE-10 completa, con los Volúmenes 3 y 1; las reglas para certificar la defunción se aplican tal como se describe en el Volumen 2 de CIE-10.

Grupo 1: Embarazo que termina en aborto

Excluye: embarazo que continúa en una gestación múltiple después del aborto de un feto o más (O31.1).

Las subdivisiones de cuatro caracteres que se presentan a continuación deben ser utilizadas con las categorías **O03-O06**:

Nota: El aborto incompleto incluye los productos de concepción retenidos luego de un aborto.

24 Tomado de la propuesta de SVEMM del SEDES La Paz.

.0 Incompleto, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

.1 Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

.2 Incompleto, complicado por embolia

Con afecciones en O08.2

.3 Incompleto, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9 .4 Incompleto, sin complicación

.5 Completo o no especificado, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

.6 Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

.7 Completo o no especificado, complicado por embolia

Con afecciones en O08.2

.8 Completo o no especificado, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9

.9 Completo o no especificado, sin complicación**O00 Embarazo ectópico**

Incluye: ruptura de embarazo ectópico

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría 008 para identificar cualquier complicación asociada.

O00.0 Embarazo abdominal

Excluye: parto de feto viable en el embarazo abdominal (083.3) atención materna por feto viable en el embarazo abdominal (036.7)

O00.1 Embarazo tubario

Embarazo tubario

Rotura de la trompa (de Falopio) debida a embarazo

Aborto tubario

O00.2 Embarazo ovárico

O00.8 Otros embarazos ectópicos

Embarazo:

- cervical
- cornual
- intraligamentoso
- mural

O00.9 Embarazo ectópico, no especificado

O01 Mola hidatiforme

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría O08 para identificar cualquier complicación asociada. Excluye: Mola hidatiforme maligna (D39.2)

O001.0 Mola hidatiforme clásica

Mola hidatiforme completa

O001.1 Mola hidatiforme incompleta o parcial

O001.9 Mola hidatiforme, no especificada

Enfermedad trofoblástica SOE

Mola vesicular SOE

O02 Otros productos anormales de la concepción

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría para identificar cualquier complicación asociada.

Excluye: feto papiráceo (O31.0)

O02.0 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme

Mola:

- carnosa
- carnosa
- intrauterina SOE Huevo patológico

O02.1 Aborto retenido

Muerte fetal temprana con retención y feto muerto

Excluye: Aborto retenido con:

- detención del desarrollo del huevo (O02.0)
- mola:
- hidatiforme (O01.-)
- no hidatiforme (O02.0)

O02.8 Otros productos anormales especificados de la concepción

Excluye: Aquellos con:

- detención del desarrollo del huevo (O02.0)
- mola:
- hidatiforme (O01.-)
- no hidatiforme (O02.0)

O02.9 Producto anormal de la concepción, no especificado Aborto espontáneo

[Ver las subdivisiones arriba O03]

Incluye: pérdida de embarazo

O04 Aborto médico

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

Incluye: terminación del embarazo:

- legal
- terapéutico

Aborto terapéutico

O05 Otro aborto

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

O06 Aborto especificado

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

Incluye: aborto inducido SOE

O07 Intento fallido de aborto

Incluye: Intentos fallidos de inducción de aborto

Excluye: aborto incompleto (O03-O06)

O07.0 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

- O07.1 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía**
Con afecciones en O08.1
- O07.2 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por embolia**
Con afecciones en O08.2
- O07.3 Falla de la inducción médica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas**
Con afecciones en O08.3-O08.9
- O07.4 Falla de la inducción médica del aborto, sin complicación**
Falla de la inducción médica del aborto SOE
- O07.5 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicado por infección genital y pelviana**
Con afecciones en O08.0
- O07.6 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía**
Con afecciones en O08.1
- O07.7 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia**
Con afecciones en O08.2
- O07.8 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas**
Con afecciones en O08.3-O08.9
- O07.9 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicaciones**
Intento fallido de aborto SOE

Grupo 2: Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio

(Notar que 010 (hipertensión preexistente) está en el Grupo 7)

O11 Trastornos hipertensivos, con proteinuria agregada
Incluye: Afecciones en O10.- complicado por aumento de la proteinuria, Pre eclampsia sobreagregada

012 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin Hipertensión

O12.0 Edema gestacional

O12.1 Proteinuria gestacional

O12.2 Edema gestacional con proteinuria

O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa

Incluye: Hipertensión gestacional SOE

Pre eclampsia leve

O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa

Excluye: pre eclampsia sobreagregada (O11)

O14.0 Pre eclampsia moderada

O14.1 Pre eclampsia severa

O14.2 Síndrome HELLP

Combinación de hemólisis, aumento de enzimas hepáticas, y plaquetopenia

O14.9 Pre eclampsia, no especificada

O15 Eclampsia

Incluye: convulsiones luego de afecciones bajo O10-O14 y O16 eclampsia}

con

Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión preexistente

- O15.0 Eclampsia en el embarazo**
- O15.1 Eclampsia en el trabajo de parto**
- O15.2 Eclampsia en el puerperio**
- O15.9 Eclampsia, período de tiempo no especificado**
Eclampsia SOE

O16 Hipertensión materna no especificada

Grupo 3: Hemorragia obstétrica

O20 Hemorragia precoz del embarazo
Excluye: embarazo que termina en aborto (O00-O08)

O20.0 Amenaza de aborto
Hemorragia especificada como debida a la amenaza de aborto

O20.8 Otras hemorragias precoces del embarazo

O20.9 Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación

O43 Trastornos de la placenta
Excluye: atención materna por crecimiento fetal deficitario debido a insuficiencia placentaria (O36.5)
Placenta previa (O44.-)
Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae] (O45.-)

O43.2 Placenta ácreta (adherencia anormal)

O44 Placenta previa

O44.1 Placenta previa con hemorragia
Implantación baja de la placenta, SOE o con hemorragia
Placenta previa:

- marginal
- parcial
- total

SOE o con hemorragia
Excluye: trabajo de parto y parto complicado por hemorragia proveniente de los vasa previa (O69.4)

O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]
O45.0 Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación

Desprendimiento prematuro de la placenta con hemorragia (excesiva) asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O45.8 Otro Desprendimiento prematuro de la placenta

O45.9 Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación

Desprendimiento prematuro de la placenta SOE

O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte

Excluye: hemorragia en el embarazo precoz (O20.-)

hemorragia intraparto NCOP (O67.-)

placenta previa (O44.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta [abruptio placentae] (O45.-)

O46.0 Hemorragia preparto con defecto de la coagulación

Hemorragia (excesiva) preparto asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O46.8 Otra hemorragia preparto

O46.9 Hemorragia preparto, no especificada

O67 Trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intraparto, no clasificado en otra parte

Excluye: hemorragia preparto NCOP (O46.-)

placenta previa (O44.-)

hemorragia postparto (O72.-)
Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio
placentae] (O45.-)

O67.0 Hemorragia intraparto con defecto de la coagulación

Hemorragia intraparto (excesiva) asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O67.8 Otra hemorragia intraparto

Hemorragia excesiva intraparto

O67.9 Hemorragia intraparto, no especificada

Ruptura de útero no establecida

O71 Otro traumatismo obstétrico

Incluye: lesión provocada por instrumentos

O71.0 Ruptura de útero antes del inicio del trabajo de parto

O71.1 Ruptura de útero durante el trabajo de parto

cuando ocurre antes del inicio del trabajo de parto

O71.3 Laceración obstétrica del cérvix

Desprendimiento anular del cuello uterino

O71.4 Laceración obstétrica vaginal alta aislada

Laceración de la pared vaginal sin mención de laceración
perineal

Excluye: con laceración perineal (O70.-)

O71.7 Hematoma obstétrico de pelvis

Hematoma obstétrico de:

- periné
- vagina
- vulva

Hemorragia postparto

Incluye: hemorragia posterior a la expulsión del feto o recién nacido

O72.0 Hemorragia del tercer período

Hemorragia asociada con placenta retenida, atrapada o adherida Placenta retenida SOE

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar cualquier placenta con adherencia anormal (O43-O45)

O72.1 Otra hemorragia postparto inmediata

Hemorragia consecutiva al alumbramiento de la placenta Hemorragia postparto (atónica) SOE

O72.2 Hemorragia postparto retardada y secundaria

Hemorragia asociada con porciones retenidas de la placenta o membranas Productos retenidos de la concepción SOE, luego del parto

O72.3 Defectos de la coagulación postparto

Postparto:

- afibrinogenemia
- fibrinólisis

Grupo 4: Infección relacionada con el embarazo

O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo

O23.0 Infección del riñón en el embarazo

O23.1 Infección de la vejiga en el embarazo

O23.2 Infección de la uretra en el embarazo

O23.3 Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo

O23.4 Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo

O23.5 Infección genital en el embarazo

O23.9 Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo

Infección de las vías genitourinarias SOE en el embarazo

O41.1 Infección del saco amniótico y las membranas

- Amnionitis
- Corioamnionitis
- Membranitis
- Placentitis

O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto

Sepsis durante el trabajo de parto

O85 Sepsis puerperal

Incluye:

- endometritis
- fiebre puerperal
- Peritonitis puerperal
- Sepsis puerperal

Utilizar un código adicional (B95-B98) si se desea identificar el agente infeccioso.

Excluye: embolia pulmonar séptica y piémica, obstétrica (O88.3)

Sepsis durante el trabajo de parto (O75.3)

O86 Otras infecciones puerperales

Utilizar un código adicional (B95-B98) si se desea identificar el agente infeccioso.

Excluye: infección durante el trabajo de parto (O75.3)

O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica

Infección de:

- Herida quirúrgica de cesárea consecutiva al parto
- Reparación perineal consecutiva al parto

O86.1 Otra infección del aparato genital consecutiva al parto

Cervicitis

Vaginitis consecutiva al parto

O86.2 Infección de las vías urinarias consecutiva al parto

Afecciones en N10-N12, N15.-, N30.-, N34.-, N39.0 consecutivas al parto

O86.3 Otras infecciones genitourinarias consecutivas al parto

Infección puerperal de las vías genitourinarias SOE

O86.4 Pirexia de origen desconocido consecutiva al parto

Puerperal:

- infección SOE
- pirexia SOE

Excluye: fiebre puerperal (O85)
pirexia durante el trabajo de parto (O75.2)

O86.8 Otras infecciones puerperales especificadas

O91 Infecciones de mama asociadas con el parto

Incluye: las afecciones enumeradas durante el embarazo, el puerperio o la lactancia

O91.0 Infecciones del pezón asociadas con el parto

Absceso del pezón:

- gestacional
- puerperal

O91.1 Absceso de mama asociado con el parto

Absceso mamario gestacional o puerperal

Mastitis purulenta

Absceso subareolar

O91.2 Mastitis no purulenta asociada con el parto

Linfangitis de la mama

Mastitis gestacional o puerperal:

- SOE
- Intersticial
- parenquimatosa

Grupo 5: Otras complicaciones obstétricas

O21.1 Hiperemesis gravídica con trastornos metabólicos

Hiperemesis gravídica que empieza antes del fin de la 22a semana de gestación y que provoca trastornos metabólicos tales como:

- depleción de carbohidratos
- deshidratación
- desequilibrio electrolítico

O21.2 Hiperemesis gravídica tardía

Vómitos excesivos que aparecen después de las 22 semanas completas de gestación

O22 Complicaciones venosas en el embarazo

Excluye: embolia pulmonar obstétrica (O88.-)

Las condiciones enumeradas como complicaciones de:

- aborto, embarazo ectópico o molar (O00-O07 , O08.7)
- parto y puerperio (O87.-)

O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo

Trombosis venosa profunda, parto

O22.5 Trombosis venosa cerebral en el embarazo

Trombosis del seno venoso cerebral en el embarazo

O22.8 Otras complicaciones venosas en el embarazo

O22.9 Complicación venosa no especificada en el embarazo

Gestacional:

- flebitis SOE
- flebopatía SOE
- trombosis SOE

O24 Diabetes mellitus en el embarazo

Incluye: durante el parto y el puerperio

O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo

Diabetes mellitus gestacional SOE

O26.6 Trastornos hepáticos en el embarazo, parto y puerperio

Colestasis (intrahepática) en el embarazo

Colestasis obstétrica

Excluye: síndrome hepato renal consecutivo al trabajo de parto y parto (O90.4)

O26.9 Afección relacionada con el embarazo, no especificada

O71 Otro traumatismo obstétrico

Incluye: lesión provocada por instrumentos

O71.2 Inversión del útero postparto

O71.5 Otra lesión obstétrica de los órganos pelvianos

Lesión obstétrica de:

- vejiga
- uretra

O71.6 Lesión obstétrica de las articulaciones y ligamentos pelvianos

Avulsión del cartílago de la sínfisis del pubis

Diástasis (obstétrica) de la sínfisis del pubis Lesión traumática del coxis

O71.8 Otros traumas obstétricos especificados

O71.9 Trauma obstétrico, no especificado

O73 Retención de placenta y membranas, sin hemorragia

O73.0 Retención de placenta sin hemorragia

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar placenta con adherencia anormal (O43-O45)

O73.1 Retención de fragmentos de la placenta y las membranas, sin hemorragia

Retención de productos de la concepción consecutiva al parto, sin hemorragia

O75.4 Otras complicaciones de la cirugía y procedimientos obstétricos

Cardíacas:

- paro
- insuficiencia

Anoxia cerebral subsiguiente a cesárea u otra cirugía o procedimientos obstétricos, incluyendo parto SOE

Excluye: complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto (O74.-)

Herida (quirúrgica) obstétrica:

- dehiscencia (O90.0-O90.1)
- hematoma (O90.2)
- infección (O86.0)

O75.8 Otras complicaciones especificadas del trabajo de parto y parto

O75.9 Complicación del trabajo de parto y parto, no especificada

O87 Complicaciones venosas durante el puerperio

Incluye: durante el trabajo de parto, parto y puerperio

Excluye: embolia obstétrica (O88.-)

Complicaciones venosas durante el embarazo (O22.-)

O87.1 Flebotrombosis profunda durante el puerperio

Trombosis venosa profunda, postparto

Tromboflebitis pélvica, postparto

O87.3 Trombosis venosa cerebral durante el puerperio

Trombosis del seno venoso cerebral durante el puerperio

O71.5 Complicaciones venosas en el puerperio, no especificadas

- flebitis puerperal SOE
- flebopatía puerperal SOE
- trombosis puerperal SOE

O88 Embolia obstétrica

Incluye: embolia pulmonar en el embarazo, parto o puerperio

Excluye: embolia que complica el aborto, el embarazo ectópico o molar (O00-O07, O08.2) O88.O Embolia gaseosa obstétrica

O88.1 Embolia del líquido amniótico

Síndrome anafilactoide del embarazo

O88.2 Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica

Embolia obstétrica (pulmonar) SOE

Embolia puerperal (pulmonar) SOE

O88.3 Embolia obstétrica piémica y séptica

O88.8 Otra embolia obstétrica

O90 Complicaciones del puerperio, no especificadas en otra parte

O90.0 Dehiscencia de la herida de la cesárea

O90.1 Dehiscencia de la herida perineal obstétrica

Dehiscencia de la herida de:

- episiotomía
- laceración perineal

Desgarro perineal secundario

O90.2 Hematoma de la herida obstétrica

O90.3 Miocardiopatía durante el puerperio

Afecciones en I42.-

O90.4 Insuficiencia renal aguda postparto

Síndrome hepato renal subsiguiente al trabajo de parto y parto

O90.5 Tiroiditis postparto

O90.8 Otras complicaciones del puerperio, no especificadas en otra parte

Pólipo placentario

O90.9 Complicación del puerperio, no especificada

Muertes directas que carecen de un código obstétrico en CIE - 10

Nota: Se sabe que tal vez no sea posible establecer un vínculo entre la psicosis puerperal o depresión, no obstante lo cual cuando ocurre un suicidio durante la época de embarazo, parto, o puerperio, esas muertes serán consideradas como muertes maternas directas.

(X60-X84) Lesiones auto infligidas intencionalmente
Incluye: (intento de) suicidio por envenenamiento o lesiones auto infligidas a propósito

X60 Auto envenenamiento intencional y exposición a analgésicos no opiáceos,

antipiréticos y antirreumáticos

Incluye: derivados del 4-aminofenol

Agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINES]

Derivados de pirazolona

Salicilatos

X61 Auto envenenamiento intencional y exposición a antiepilépticos, sedantes hipnóticos,

Medicación antiparkinsoniana, psicotrópicos no especificados en otra parte

Incluye: antidepresivos

barbitúricos
derivados de la hidantoína
imino estilbenos
compuestos de metacualona
neurolépticos
psicoestimulantes
succinimidias y oxazolidinadionas
tranquilizantes

X62 Auto envenenamiento intencional y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otro lado

Incluye: cannabis (derivados)

cocaína
codeína
heroína
lisérgico [LSD]
mezcalina
metadona
morfina
opio (alcaloides)

X63 Auto envenenamiento intencional y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo

Incluye: parasimpaticolíticos [anticolinérgicos y antimuscarínicos] y espasmolíticos parasimpatomiméticos [colinérgicos] simpaticolíticos [antiadrenérgicos] simpaticomiméticos [adrenérgicos]

X64 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros y fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificados

Incluye: agentes que actúan fundamentalmente sobre el músculo liso y esquelético y anestésicos que actúan sobre el aparato respiratorio (genera I) (local)

Drogas que afectan el:

- aparato cardiovascular
- aparato gastrointestinal

hormonas y sustitutos sintéticos
agentes sistémicos y hematológicos
antibióticos sistémicos y otros agentes anti infecciosos
gases terapéuticos
preparaciones tópicas
vacunas
agentes para restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y
medicamentos que afectan el metabolismo
mineral y del ácido úrico

X65 Auto envenenamiento intencional y exposición al alcohol

Incluye: alcohol:

- SOE
- butil [1-butanol]
- etil [etanol]
- isopropil [2-propanol]
- metil [metanol]
- propil [1-propanol]
- fuel oil (diesel)

X66 Auto envenenamiento intencional y exposición a solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores

Incluye: benceno y homólogos

Tetracloruro de carbono [tetra cloro metano]

Cloro fluoro carbonos

Petróleo (derivados)

X67 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros gases y vapores

Incluye: monóxido de carbono

Gas lacrimógeno,

Gas de caño de escape (vehículo)

Óxidos de nitrógeno

Dióxido de sulfuro

Gas de cañería

Excluye: emanaciones de metales y vapores (X69)

- X68 Auto envenenamiento intencional y exposición a plaguicidas**
Incluye: aerosoles de fumigación
- fungicidas
 - herbicidas
 - insecticidas
 - rodenticidas
 - conservantes de la madera
- Excluye:** alimentos de origen vegetal y fertilizantes (X69)
- X69 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros productos químicos no especificados y sustancias nocivas**
Incluye: aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos y adhesivos
- Metales, incluyendo gases y vapores
 - Pinturas y colorantes
 - alimentos de origen vegetal y fertilizantes
 - productos alimenticios tóxicos y plantas venenosas
 - jabones y detergentes
- X70 Daño auto infligido intencional por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación**
- X71 Daño auto infligido intencional por ahogamiento e inmersión**
- X72 Daño auto infligido intencional por disparo de arma de fuego**
- X73 Daño auto infligido intencional por disparo de rifle, escopeta y armas de fuego de mayor tamaño**
- X74 Daño auto infligido intencional por disparo de otra arma de fuego no especificada**
- X75 Daño auto infligido intencional por material explosivo**
- X76 Daño auto infligido intencional por humo, fuego y llamas**

- X77 Daño auto infligido intencional por vapor, vapores calientes y objetos calientes**
- X78 Daño auto infligido intencional por objetos filosos**
- X79 Daño auto infligido intencional por objetos romos**
- X80 Daño auto infligido intencional por saltar desde una altura**
Incluye: caída intencional de un nivel a otro
- X81 Daño auto infligido intencional por saltar o yacer frente a un objeto en movimiento**
- X82 Daño auto infligido intencional por colisión en vehículo automotor**
Incluye: colisión intencional con:
• vehículo automotor
• tren
• tranvía
Excluye: accidente de aviación (X83)
- X83 Daño auto infligido intencional por otros medios especificados**
Incluye: lesiones autoinfligidas intencionales por:
• sustancias cáusticas, excepto envenenamiento
• accidente de aviación
• electrocución
- X84 Daño auto infligido intencional por medios no especificados**

Grupo 6: Complicaciones de manejo no previstas

Categoría: Anestesia

- O 29 Complicaciones de la anestesia durante el embarazo**
Incluye: complicaciones maternas originadas por la administración de un anestésico general o local, analgésicos u otros sedantes durante el embarazo

- Excluye:** complicaciones de la anestesia durante el:
- aborto, embarazo ectópico y embarazo molar (O00-O08)
 - trabajo de parto y parto (O74.-)
 - puerperio (O89.-)

O29.0 Complicaciones pulmonares de la anestesia durante el embarazo

Neumonitis por aspiración
Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE
Síndrome de Mendelson
Colapso pulmonar por presión
Debidos a la anestesia durante el embarazo

O29.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el embarazo

- paro cardíaco
 - insuficiencia cardíaca
- Debidos a anestesia durante el embarazo

O29.2 Complicaciones del sistema nervioso central provocadas por la anestesia durante el embarazo

Anoxia cerebral durante el embarazo debida a la anestesia

O29.3 Reacción tóxica ante anestesia local durante el embarazo

O29.5 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el embarazo

O29.6 Intubación fallida o dificultosa durante el embarazo

O29.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el embarazo

O29.9 Complicación de la anestesia durante el embarazo, no especificada

O 74 Complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Incluye: complicaciones maternas originadas de la

administración de un anestésico general o local,
analgésico u otro sedante durante el trabajo de parto y parto

O74.0 Neumonitis por aspiración debida a anestesia durante el trabajo de parto y parto

Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE
Síndrome de Mendelson debido a anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.1 Otras complicaciones pulmonares de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Colapso pulmonar a presión debido a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.2 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

- paro cardíaco
- falla cardíaca

debidos a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.3 Complicaciones del sistema nervioso central por la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Anoxia cerebral debida a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.4 Reacción tóxica a la anestesia local durante el trabajo de parto y parto

O74.6 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el trabajo de parto y parto

O74.7 Intubación fallida o dificultosa durante el trabajo de parto y parto

O74.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.9 Complicación de la anestesia durante el trabajo de parto y parto, no especificada

O 89 Complicaciones de la anestesia durante el puerperio

Incluye: complicaciones maternas originadas de la administración de un anestésico general o local, analgésico u otro sedante durante el puerperio

O89.0 Complicaciones pulmonares de la anestesia durante el puerperio

Neumonitis por aspiración

Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE

Síndrome de Mendelson

Colapso pulmonar a presión

Debidos a la anestesia durante el puerperio

O89.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el puerperio

- paro cardíaco

- insuficiencia cardíaca

Debidas a la anestesia durante el puerperio

O89.2 Complicaciones del sistema nervioso central por anestesia durante el puerperio

Anoxia cerebral debida a la anestesia durante el puerperio

O89.3 Reacción tóxica a la anestesia local durante el puerperio

O89.5 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el puerperio

O89.6 Intubación fallida o dificultosa durante el puerperio

O89.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el puerperio

O89.9 Complicación de anestesia durante el puerperio, no especificada

Categoría: Otra cirugía y procedimientos obstétricos

Grupo 7: Complicaciones no obstétricas

O 10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio

Incluye: las afecciones enumeradas con proteinuria preexistente **Excluye:** con proteinuria aumentada o sobreagregada (O11)

O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio

Cualquier afección en I10 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, el parto o puerperio

O10.1 Cardiopatía hipertensiva preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio

Cualquier afección en I11 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio

O10.2 Nefropatía hipertensiva preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio

Cualquier afección en I12 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio

O10.3 Cardiopatía hipertensiva y nefropatía preexistentes que complica el embarazo, parto y puerperio

Cualquier afección en I13 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o el puerperio

O10.4 Hipertensión secundaria preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio

Cualquier afección en I15 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio

O10.9 Hipertensión preexistente no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio

O24 Diabetes mellitus durante el embarazo

Incluye: en el parto y en el puerperio

- O24.0 Diabetes mellitus preexistente, insulino dependiente**
- O24.1 Diabetes mellitus preexistente, no insulino dependiente**
- O24.2 Diabetes mellitus relacionada con desnutrición preexistente**
- O24.3 Diabetes mellitus preexistente, no especificada**
- O24.9 Diabetes mellitus en el embarazo, no especificada**

O 98 Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio

Incluye: Las afecciones enumeradas, cuando complican el estado gravídico, cuando se vean agravados por el embarazo, o como una razón para cuidados obstétricos
Utilizar un código adicional (Capítulo I), si se desea, para identificar afecciones específicas.

Excluye: estado de infección asintomática con virus de inmunodeficiencia humana [VIH] (Z21)
Evidencia de laboratorio del virus de inmunodeficiencia humana [VIH] (R75)

- Tétanos obstétrico (A34)
- infección puerperal (O86.-)
- sepsis puerperal (O85)

Cuando el motivo por el que se requiere atención materna es por constatación o sospecha de que la enfermedad ha afectado al feto (O35-O36)

- O98.0 Tuberculosis que complica el embarazo, parto y puerperio**
Afecciones en A1 5-A19
- O98.1 Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio**
Afecciones en A50-A53
- O98.2 Gonorrea que complica el embarazo, parto y puerperio**
Afecciones en A54.-

O98.3 Otras infecciones con modo de transmisión a predominio sexual que complican el embarazo, parto y puerperio
Afecciones en A55-A64

O98.4 Hepatitis viral que complica el embarazo, parto y puerperio
Afecciones en B15-B19

O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio
Afecciones en A80-B09, B25-B34

O98.6 Enfermedades por protozoarios que complican el embarazo, parto y puerperio
Afecciones en B50-B64

O98.7 Enfermedad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana [VIH] que complica el embarazo, parto y puerperio
Afecciones en (B20-B24)

O98.8 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo, parto y puerperio

O98.9 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas no especificadas que complican el embarazo, parto y puerperio

En todos los casos se debe incluir O98 en la codificación (O98 - Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio).

O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio
Nota: Esta categoría incluye afecciones que complican el estado de gravidez, que se agravan por el embarazo o que son un motivo importante para recibir atención obstétrica y para las cuales el Índice alfabético no indica un rubro específico. Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar alguna afección en particular.

Ver a continuación los códigos comunes.

Excluye: Enfermedades infecciosas y parasitarias (O98.-)
Lesión, envenenamiento y ciertas consecuencias más de causas externas (S00 -T98)

Cuando la razón de requerirse atención materna es que se sabe o se sospecha que la enfermedad ha afectado al feto (O35-O36)

O99.0 Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en D50-D64

O99.1 Otras enfermedades de la sangre y los órganos productores de sangre y ciertos trastornos que comprometen el mecanismo inmunitario y que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en D65-D89

Excluye: hemorragia con defectos de la coagulación (O46.0, O67.0, O72.3)

O99.2 Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en E00-E90

Excluye: diabetes mellitus (O24.-) desnutrición (O25)
Tiroiditis postparto (O90.5)

O99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en F00-F99 y G00-G99

Excluye: depresión postnatal (F53.0)
Neuritis periférica relacionada con el embarazo (O26.8)
psicosis puerperal (F53.1)

O99.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, parto y el puerperio

Afecciones en I00-I99

Excluye: miocardiopatía durante el puerperio (O90.3)
Trastornos hipertensivos (O10-O16) embolia obstétrica (O88.-)
Complicaciones venosas y trombosis del seno cerebro venoso

en el:

- trabajo de parto, parto y puerperio (O87.-)
- embarazo (O22.-)

O99.5 Enfermedades del aparato respiratorio que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en J00-J99

O99.6 Enfermedades del aparato digestivo que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en K00-K93

Excluye: trastornos hepáticos durante el embarazo, parto y puerperio (O26.6)

O99.7 Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en L00-L99

Excluye: herpes gestacional (O26.4)

O99.8 Otras enfermedades y afecciones especificadas que complican el embarazo, parto y puerperio

Combinación de afecciones clasificables dentro de O99.0-O99.7

Afecciones en C00-D48, H00-H95, M00-M99, N00-N99, y Q00-Q99 no especificadas en otra parte

Excluye: infecciones genitourinarias durante el embarazo (O23.-)

Infección del aparato genitourinario consecutiva al parto (O86.0-O86.3)

Atención materna por anomalía conocida o sospechada de los órganos pélvicos maternos (O34.-) falla renal aguda postparto (O90.4)

Nefritis postparto (O90.8)

Códigos a aplicar en las causas indirectas comunes de muerte materna

Las muertes indirectas también pueden ser codificadas en otros capítulos de la CIE. Sin embargo, para hacer una buena codificación,

es esencial que la declaración que aparece en el certificado de defunción claramente mencione en la Parte 1 que se produjo una agravación mutua entre la afección y el embarazo. La siguiente lista incluye las causas indirectas comunes de muerte materna. Las enfermedades raras quedan cubiertas por el rótulo "Otra - especificar". Existe un código CIE para la mayoría de las afecciones médicas y quirúrgicas, y los codificadores deben atenerse a las reglas descritas en el Volumen 2 de la CIE-10. Cada país puede optar por ampliar esta lista de modo de incluir afecciones comunes peculiares de ese país o región (por ejemplo: melanoma en Australia, cáncer de cuello uterino en Sudáfrica). :

Enfermedades del sistema nervioso (G00- G99)

Epilepsia G40

Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)

Cardiopatía reumática I09

Endocarditis bacteriana I33

Complicaciones de válvula artificial T82

Cardiopatía congénita (Q20-28)

Infarto agudo al miocardio I21

Miocardopatía I42

Accidente cerebrovascular I61

Excluyendo enfermedad hepática y hemorragia cerebral debida a pre eclampsia.

Apoplejía I64

Otras- especificar

No diagnosticada I51

Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)

Asma J85

Otras - especificar

Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)

Apendicitis K35

Pancreatitis K85

Enfermedad hepática- especificar

Excluyendo enfermedad hepática y hemorragia cerebral debido a pre eclampsia

Intestino - especificar
Otra - especificar

Enfermedades del aparato músculo esquelético y tejido conectivo (M00-M99)

Lupus eritematoso sistémico M32
Cifoscoliosis M40
Otra - especificar

Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)

Renal - especificar
Genital – especificar

Grupo 8: Desconocido/indeterminado

O95 Muerte obstétrica de causa no especificada

Incluye: Muerte materna por causa no especificada que tiene lugar durante el embarazo, trabajo de parto y parto, o el puerperio

Grupo 9: Causas coincidentes

Estas muertes ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio, pero por definición no se las considera muertes maternas

Categoría coincidente	Entidad nosológica	CIE 10
	Accidente por vehículo automotor	Y85
		V01 – V99
	Causas externas de lesiones accidentales	W00 – Y04
		Y06 – Y09
		Y98
	Ataque - agresión	X85 – Y04 +
		Y06 –Y09
		Y87
	Violación	Y05
	Evento de intención no determinada	Y10 – y34
	Otros accidentes	Y86
	Hierbas medicinales	T65
	Otro – especificar	

Lista de los códigos del Capítulo 15 (CIE-10) que describen afecciones que constituyen causa improbable de defunción pero que pueden haber contribuido a la muerte (afección contribuyente)

Se prefiere utilizar los códigos de la CIE-10-MM (página 67). Los códigos de este bloque no deberían ser seleccionados como causa básica de muerte.

Cuando no se haya especificado la causa, codificar como “Desconocido, Grupo 8” según MRG 1244: A menudo es difícil identificar una muerte materna, particularmente en los casos de causas obstétricas indirectas. Si hay alguna duda que la causa de muerte sea obstétrica, por ejemplo si las afecciones ingresadas en la Parte 1 no son obstétricas pero se menciona el embarazo o el parto en la Parte 2, debe buscarse información adicional del certificador. Es particularmente importante en los países en los que la tasa de mortalidad materna es alta. Si no se puede encontrar información adicional, deben considerarse que las muertes en las que se menciona el embarazo y el parto en la Parte 1 son obstétricas, pero no así en el caso de muertes donde el embarazo o el parto se mencionan solo en la Parte 2.

Otras modificaciones como las publicadas en la 11a revisión de la CIE pueden determinar cambios.

O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

Nota: Este código se presenta fundamentalmente para codificar la morbilidad. Para utilizar esta categoría, debe hacerse referencia a las reglas de codificación de la morbilidad y las directrices del Volumen 2.

O08.0 Infección genital y pelviana consecutiva al aborto, embarazo ectópico y embarazo molar

- Endometritis
- Ooforitis
- Parametritis
- Peritonitis pelviana
- Salpingitis
- Salpingo-ooforitis

Sepsis

Consecutivas a afecciones clasificables dentro de O00-O07

Utilizar un código adicional (R57.2), si se desea, para identificar el shock séptico.

Excluye: embolia séptica o sépticopéimica (O08.2)

Infección urinaria (O08.8)

O08.1 Hemorragia excesiva o tardía consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

- Afibrinogenemia
- Síndrome de desfibrinación
- Coagulación intravascular

Consecutivas a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.2 Embolia consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

Embolia:

- SOE
- gaseosa
- líquido amniótico
- coágulo sanguíneo
- pulmonar
- piémica
- séptica o septicopéimica
- jabonosa

Consecutivas a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.3 Shock consecutivo a aborto y embarazo ectópico y molar

Colapso circulatorio

Shock (postoperatorio) consecutivo a afecciones clasificables dentro de O00-O07

Excluye: shock séptico (R57.2)

O08.4 Insuficiencia renal consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

- Oliguria
- Falla renal (aguda)
- Supresión renal
- Necrosis tubular

- Uremia
- Consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.5 Trastornos metabólicos consecutivos a aborto y embarazo ectópico y molar

Desequilibrio electrolítico consecutivo a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.6 Daño a órganos o tejidos pélvicos consecutivos a aborto y embarazo ectópico y molar

Laceración, perforación, desgarró o lesión química de:

- vejiga
- intestino
- ligamento ancho
- cuello uterino
- tejido peri uretral
- útero

Consecutivos a afecciones clasificables dentro de O00- O07

O08.7 Otras complicaciones venosas consecutivas a aborto y embarazo ectópico y molar

O08.8 Otras complicaciones consecutivas a aborto y embarazo ectópico y molar

Paro cardíaco

Infección de las vías urinarias consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.9 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar, no especificadas

Complicación no especificada consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O21.0 Hiperemesis gravídica leve

Hiperemesis gravídica, leve o no especificada, que comienza antes del final de la semana 22 de gestación

- O21.8 Otros vómitos que complican el embarazo**
Vómitos debidos a otras enfermedades clasificadas en otra parte, que complican el embarazo
Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar la causa.
- O21.9 Vómitos del embarazo, no especificados**
- O22.0 Venas varicosas de extremidades inferiores en el embarazo**
Venas varicosas SOE en el embarazo
- O22.1 Várices genitales en el embarazo**
Varices durante el embarazo:
Perineales
Vaginales
Vulvares
- O22.2 Tromboflebitis superficial en el embarazo**
Tromboflebitis de piernas en el embarazo
- O22.4 Hemorroides en el embarazo**
- O25 Desnutrición en el embarazo**
Incluye: Desnutrición en el parto y en el puerperio
- O26 Atención materna por otras afecciones predominantemente relacionadas con el embarazo**
- O26.0 Aumento de peso excesivo durante el embarazo**
Excluye: edema gravídico (O12.0, O12.2)
- O26.1 Aumento de peso insuficiente durante el embarazo**
- O26.2 Cuidado del embarazo en una mujer con abortos habituales**
Excluye: aborto habitual:
• con aborto actual (O03-O06)
• sin embarazo actual (N96)

- O26.3 Retención de dispositivo intrauterino durante el embarazo**
- O26.4 Herpes gestacional**
- O26.5 Síndrome de hipotensión materna**
Síndrome de hipotensión supina
- O26.7 Subluxación de la sínfisis (pubiana) durante el embarazo, parto y puerperio**
Excluye: separación traumática de la sínfisis (pubiana) durante el parto (O71.6)
- O26.8 Otras afecciones especificadas relacionadas con el embarazo**
Agotamiento y fatiga
Neuritis periférica
Nefropatía relacionada con el embarazo
- O26.9 Afección relacionada con el embarazo, no especificada**
- O28 Hallazgos anormales en el tamizaje prenatal de la madre**
Excluye: hallazgos diagnósticos clasificados en otra parte - ver en Índice Alfabético Atención materna relacionados con el feto y cavidad amniótica y posibles problemas del parto (O30-O48)
- O28.0 Hallazgo hematológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre**
- O28.1 Hallazgo bioquímico anormal en el tamizaje prenatal de la madre**
- O28.2 Hallazgo citológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre**
- O28.3 Hallazgo ecográfico anormal en el tamizaje prenatal de la madre**

O28.4 Hallazgo radiológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre

O28.5 Hallazgos cromosómicos y genéticos anormales en el tamizaje prenatal de la madre

O28.8 Otros hallazgos anormales en el tamizaje prenatal de la madre

O28.9 Hallazgo anormal en el tamizaje prenatal de la madre, no especificado

O29 Complicaciones anestésicas durante el embarazo

O29.4 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el embarazo

Atención materna relacionada al feto y la cavidad amniótica y posibles problemas del parto

O30 Embarazo múltiple

Excluye: complicaciones específicas de la gestación múltiple (O31.-)

O30.0 Embarazo gemelar

O30.1 Embarazo de trillizos

O30.2 Embarazo de cuatrillizos

O30.8 Otra gestación múltiple

O30.9 Embarazo múltiple, no especificado
Embarazo múltiple SOE

O31 Complicaciones específicas propias del embarazo múltiple

Excluye: gemelares unidos (siameses) que provocan desproporción (O33.7)

Parto retrasado del segundo gemelar mellizo, trillizo, etc.
(O63.2)

Presentación anormal de un feto o más (O32.5) con trabajo de parto obstruido (O64-O66)

O31.0 Feto papiráceo

Feto comprimido

O31.1 Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más

O31.2 Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más

O31.8 Otras complicaciones específicas de la gestación múltiple

O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta

Incluye: las afecciones enumeradas, como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto

Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O64.-)

O32.0 Atención materna por posición fetal inestable

O32.1 Atención materna por presentación podálica

O32.2 Atención materna por posición fetal oblicua o transversa

Presentación:

- oblicua
- transversa

O32.3 Atención materna por presentación de cara, de frente o de mentón

O32.4 Atención materna por cabeza alta en gestación a término

Cabeza fetal que no ingresa en el estrecho superior de la pelvis

- O32.5 Atención materna por embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más**
- O32.6 Atención materna por presentación compuesta**
- O32.8 Atención materna por otras presentaciones anormales del feto**
- O32.9 Atención materna por presentación anormal no especificada del feto**
- O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta**
Incluye: las afecciones enumeradas, como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto
Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O65-O66)
- O33.0 Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre**
Deformidad pelviana SOE que causa desproporción
- O33.1 Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis**
Pelvis estrecha SOE que causa desproporción
- O33.2 Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis**
Estrechez de la pelvis mayor que causa desproporción
- O33.3 Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis**
Estrechez de la: cavidad media (pelvis menor) que causan desproporción
- O33.4 Atención materna por desproporción feto pelviana de origen mixto, materno y fetal**

O33.5 Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande

Desproporción:

- de origen fetal, con feto de forma normal
- fetal SOE

O33.6 Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico

O33.7 Atención materna por desproporción debida a otra deformidad fetal

Desproporción provocada por:

Mellizos unidos (siameses)

Fetales:

- ascitis
- hidropesía
- mielomeningocele
- teratoma sacro
- tumor

O33.8 Atención materna por desproporción de otro origen

O33.9 Atención materna por desproporción de origen no especificado

Desproporción cefalopélvica SOE

Desproporción fetopélvica SOE

O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre

Incluye: las afecciones enumeradas como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto

Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O65.5)

O34.0 Atención materna por anomalía congénita del útero

Atención materna por:

- útero doble
- útero bicorne

O34.1 Atención materna por tumor del cuerpo del útero

Atención materna por:

- pólipo del cuerpo del útero
- fibroma uterino

Excluye: atención materna por tumor del cuello uterino (O34.4)

O34.2 Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa

Atención materna por cicatriz de cesárea previa

Excluye: parto vaginal luego de cesárea previa SOE (O75.7)

O34.3 Atención materna por incompetencia cervical

Atención materna por:

- cerclaje
- Sutura de Shirodkar con o sin mención de incompetencia cervical

O34.4 Atención materna por otras anomalías del cérvix

Atención materna por:

- Pólipo del cérvix
- Cirugía previa del cérvix
- Estrechez o estenosis del cuello uterino
- Tumor del cérvix

O34.5 Atención materna por otras anomalías del útero grávido

Atención materna por:

- encarcelación
- prolapso
- retroversión del útero grávido

O34.6 Atención materna por anomalía de la vagina

Atención materna por:

- cirugía vaginal previa
- vagina tabicada

- estenosis de la vagina (adquirida)(congénita)
- estrechez de la vagina
- tumor de vagina

Excluye: atención materna por várices vaginales durante el embarazo (O22.1)

O34.7 Atención materna por anomalía de vulva y periné

Atención materna por:

- fibrosis del periné
- cirugía previa del periné o vulva
- periné rígido
- tumor de la vulva

Excluye: atención materna por várices perineales y vulvares durante el embarazo (O22.1)

O34.8 Atención materna por otras anomalías de órganos pélvicos

Atención materna por:

- cistocele
- reparación (previa) del suelo de la pelvis
- abdomen pendular
- rectocele suelo pélvico rígido

O34.9 Atención materna por anomalía de los órganos pelvianos, no especificada

O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta

Incluye: las afecciones fetales que se mencionan a continuación como motivo de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre o para la terminación del embarazo

Excluye: atención materna por desproporción conocida o presunta (O33.-)

O35.0 Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central del feto

Atención materna por (presunción de):

- anencefalia fetal

- espina bífida fetal

Excluye: anomalías cromosómicas en el feto (O35.1)

O35.1 Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto

O35.2 Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto

Excluye: anomalía cromosómica en el feto (O35.1)

O35.3 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a:

- infección por citomegalovirus
- rubéola

O35.4 Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol

O35.5 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a adicción a drogas

Excluye: sufrimiento fetal durante el trabajo de parto o el parto debido a la administración de drogas (O68.-)

O35.6 Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a radiación

O35.7 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a:

- amniocentesis
- biopsias
- investigación hematológica
- dispositivo anticonceptivo intrauterino
- cirugía intrauterina

O35.8 Atención materna por otra (presuntas) anomalías y lesiones fetales

Atención materna por (presunta) lesión fetal por:

- listeriosis
- toxoplasmosis

O35.9 Atención materna por (presunta) anomalía y lesión fetal no especificada

O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos

Incluye: las afecciones fetales que se mencionan a continuación como motivo de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre o para la terminación del embarazo

Excluye: trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal (O68.-) síndromes de transfusión placentaria (O43.0)

O36.0 Atención materna por isoimmunización Rhesus

Anticuerpos anti-D [Rh]

Incompatibilidad Rh (con hidropesía fetal)

O36.1 Atención materna por otra isoimmunización

Isoimmunización ABO

Isoimmunización SOE (con hidropesía fetal)

O36.2 Atención materna por hidropesía fetal

Hidropesía fetal:

- SOE
- no asociado con isoimmunización

O36.3 Atención materna por signos de hipoxia fetal

O36.4 Atención materna por muerte intrauterina

Excluye: Aborto retenido (O02.1)

O36.5 Atención materna por déficit del crecimiento fetal

Atención materna por confirmación o presunción de:

- feto liviano para su edad gestacional

- insuficiencia placentaria
- feto pequeño para la edad gestacional

O36.6 Atención materna por crecimiento fetal excesivo

Atención materna por confirmación o presunción de feto grande para la edad gestacional

O36.7 Atención materna por feto viable en embarazo abdominal

O36.8 Atención materna por otros problemas fetales especificados

O36.9 Atención materna por problema fetal no especificado

O40 Polihidramnios

Incluye: Hidramnios

O41 Otros trastornos de líquido amniótico y membranas

Excluye: rotura prematura

O41.0 Oligoamnios

Oligoamnios sin mención de ruptura de membranas

O41.8 Otros trastornos especificados de líquido amniótico y membranas

O41.9 Trastornos del líquido amniótico y membranas, no especificados

O42 Ruptura prematura de membranas

O42.0 Ruptura prematura de membranas, inicio del trabajo de parto dentro de las últimas 24 horas

O42.1 Ruptura prematura de membranas, inicio del trabajo de parto después de las 24 horas

Excluye: con trabajo de parto retrasado por el tratamiento (O42.2)

O42.2 Ruptura prematura de membranas, trabajo de parto retrasado por el tratamiento

O42.9 Ruptura prematura de membranas, no especificado

O43 Trastornos placentarios

Excluye: atención materna por defecto del crecimiento fetal debido a insuficiencia placentaria (O36.5)

placenta previa (O44.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae] (O45.-)

O43.0 Síndrome de transfusión placentaria Transfusión:

- feto-materna
- materno- fetal intergemelar

O43.1 Malformación de la placenta

Placenta anormal SOE

Placenta circunvalada

O43.8 Otros trastornos placentarios

- disfunción placentaria
- infarto placentario

O43.9 Trastorno placentario, no especificado

O47 Falso trabajo de parto

O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación

O47.1 Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación

O47.9 Falso trabajo de parto, no especificado

O48 Embarazo prolongado

Incluye:

Postmaduro

Postérmino

- O60 Trabajo de parto y parto pretérmino**
Incluye: Inicio (espontáneo) del parto antes de las 37 semanas completas de gestación
- O60.0 Trabajo de parto pretérmino sin parto**
Trabajo de parto pretérmino:
- inducido
 - espontáneo
- O60.1 Trabajo de parto pretérmino espontáneo con parto pretérmino**
Trabajo de parto pretérmino con parto SOE
Trabajo de parto pretérmino espontáneo con nacimiento pretérmino mediante cesárea
- O60.2 Trabajo de parto pretérmino con nacimiento de término**
Trabajo de parto pretérmino espontáneo con nacimiento de término mediante cesárea
- O60.3 Parto pretérmino sin trabajo de parto espontáneo**
Nacimiento pretérmino mediante:
- cesárea, sin trabajo de parto espontáneo
 - inducción
- O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto**
- O61.0 Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto**
Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto (por):
- oxitócicos
 - prostaglandinas
- O61.1 Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto**
Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto:
- mecánica
 - quirúrgica
- O61.8 Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto**

O61.9 Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto

O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto

O62.0 Contracciones primarias inadecuadas

Disfunción hipotónica uterina primaria
Insuficiencia de la dilatación cervical
Inercia uterina durante la fase latente del trabajo de parto

O62.1 Inercia uterina secundaria

Detención de la fase activa del trabajo de parto
Disfunción hipotónica uterina secundaria

O62.2 Otras inercias uterinas

Atonía uterina
Trabajo de parto intermitente
Disfunción uterina hipotónica SOE
Trabajo de parto irregular
Contracciones uterinas débiles
Inercia uterina SOE

O62.3 Trabajo de parto precipitado

O62.4 Contracciones uterinas hipertónicas, descoordinadas y prolongadas

Distocia por anillo de contracción
Trabajo de parto descoordinado
Contracción uterina en reloj de arena
Disfunción uterina hipertónica
Acción uterina descoordinada
Contracciones tetánicas
Distocia uterina SOE
Excluye: distocia (fetal) (materna) SOE (O66.9)

O62.8 Otras anomalías de la dinámica del trabajo de parto

O62.9 Anomalías de la dinámica del trabajo de parto, no especificadas

O63 Trabajo de parto prolongado

O63.0 Prolongación del primer periodo (del trabajo de parto)

O63.1 Prolongación del segundo periodo (del trabajo de parto)

O63.2 Retraso de la expulsión del segundo gemelo, del tercero, etc.

O63.9 Trabajo de parto prolongado, no especificado

Trabajo de parto prolongado SOE

NOTA: los códigos O64 a O66 son afecciones contribuyentes y por sí solas no proporcionan suficientes detalles sobre la causa de muerte. En los casos donde se indican los códigos O64 - O66 como causa de muerte, se los ha de tabular bajo “otras causas obstétricas”, considerándolos como muerte materna directa.

O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto

O64.0 Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal

Detención transversa profunda

Trabajo de parto obstruido debido a persistencia (de la posición):

- occípito ilíaca
- occípito posterior
- occípito sacra
- occípito transversa

O64.1 Trabajo de parto obstruido debido a presentación podálica

O64.2 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de cara
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de mentón

O64.3 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de frente

O64.4 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de hombro

Excluye: hombros encajados (O66.0)

Distocia de hombro (O66.0)

O64.5 Trabajo de parto obstruido debido a presentación compuesta

O64.8 Trabajo de parto obstruido debido a otras presentaciones y posiciones anormales del feto

O64.9 Trabajo de parto obstruido debido a presentaciones y posiciones anormales del feto, no especificadas

065 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna

O65.0 Trabajo de parto obstruido debido a deformidad de la pelvis

O65.1 Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general de la pelvis

O65.2 Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho superior de la pelvis

O65.3 Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho inferior de la pelvis

O65.4 Trabajo de parto obstruido debido a desproporción feto pelviana, sin otra especificación

Excluye: distocia debida a anomalía del feto (O66.2-O66.3)

O65.5 Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de los órganos pelvianos maternos

Trabajo de parto obstruido debido a afecciones enumeradas en O34.-

O65.8 Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías pelvianas maternas

O65.9 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía pelviana no especificada

O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto

O66.0 Trabajo de parto obstruido debido a distocia de hombros
Hombros encajados

O66.1 Trabajo de parto obstruido debido a distocia gemelar

O66.2 Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande

O66.3 Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías del feto

Distocia debida a:

- mellizos siameses
- ascitis fetal (en inglés está separado)
- hidropesía fetal
- mielomeningocele
- teratoma sacro
- tumor
- feto con hidrocefalia

O66.4 Trabajo Fracaso de la prueba del trabajo de parto, no especificada

Fracaso de la prueba del trabajo de parto, con operación cesárea subsiguiente

O66.5 Fracaso no especificado de la aplicación de fórceps o de ventosa extractora

Aplicación fallida de ventosa o de fórceps, con parto subsiguiente con fórceps, o por cesárea, respectivamente

O66.8 Otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto

O66.9 Trabajo de parto obstruido, no especificado

Distocia:

- SOE
- fetal SOE
- materna SOE

068 Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal
Incluye: sufrimiento fetal durante el trabajo de parto o parto debido a administración de medicación

O68.0 Trabajo de parto y parto complicado por anomalías de la frecuencia cardíaca

- bradicardia fetal
- irregularidades de la frecuencia cardíaca fetal
- taquicardia

Excluye: líquido amniótico meconial (O68.2)

O68.1 Trabajo de parto y parto complicado por presencia de meconio en el líquido amniótico

Excluye: con anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (O68.2)

O68.2 Trabajo de parto y parto complicado por anomalías de la frecuencia cardíaca fetal con líquido amniótico meconial

O68.3 Trabajo de parto y parto complicado por evidencia bioquímica de sufrimiento fetal

Anomalías de:

- acidemia fetal
- equilibrio ácido-base

O68.8 Trabajo de parto y parto complicado por otras evidencias de sufrimiento fetal

Evidencia de sufrimiento fetal:

- electrocardiográfica
- ecográfica

O68.9 Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal, no especificado

O69 Trabajo de parto y parto complicado por problemas del cordón umbilical

O69.0 Trabajo de parto y parto complicado por prolapso del cordón

O69.1 Trabajo de parto y parto complicado por peri cervical del cordón, con compresión

O69.2 Trabajo de parto y parto complicados por otros enredos del cordón, con compresión

Compresión del cordón SOE

- enredo de los cordones de los mellizos en bolsa mono amniótica
- nudo del cordón umbilical

O69.3 Trabajo de parto y parto complicado por cordón umbilical corto

O69.4 Trabajo de parto y parto complicado por vasa previa

Hemorragia de la vasa previa

O69.5 Trabajo de parto y parto complicado por lesión vascular del cordón umbilical

- equimosis del cordón umbilical
- hematoma del cordón umbilical
- Trombosis de los vasos umbilicales

O69.8 Trabajo de parto y parto complicado por otras complicaciones del cordón umbilical

Cordón umbilical alrededor del cuello sin compresión

O69.9 Trabajo de parto y parto complicado por problemas del cordón umbilical no especificados

O70 Laceración perineal durante el parto

Incluye: episiotomía extendida por laceración

Excluye: laceración vaginal alta obstétrica sola (O71.4)

O70.0 Laceración perineal de primer grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro (que compromete, durante el parto):

- horquilla
- labios
- piel
- leve
- vagina
- vulva

O70.1 Laceración perineal de segundo grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.0, que también compromete:

- suelo pelviano
 - músculos perineales
 - músculos vaginales
- durante el parto

Excluye: que comprometen el esfínter anal (O70.2)

O70.2 Laceración perineal de tercer grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.1, que también compromete:

- esfínter anal
- tabique rectovaginal
- esfínter SOE

durante el parto

Excluye: que compromete la mucosa anal o rectal (O70.3)

O70.3 Laceración perineal de cuarto grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.2, que también compromete:

- mucosa anal
- mucosa rectal durante el parto

O70.9 Laceración perineal durante el parto, no especificada

O74.5 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el trabajo de parto y parto

O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y parto, no especificadas en otra parte

Excluye:

- infección puerperal (O86.-)
- sepsis puerperal (O85)

O75.0 Sufrimiento materno durante el trabajo de parto y parto

O75.1 Shock durante o luego del trabajo de parto y parto

Shock obstétrico

O75.2 Pirexia durante el trabajo de parto, no especificada en otra parte

O75.5 Retraso del parto después de la ruptura artificial de las membranas

O75.6 Retraso del parto después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas

Excluye: ruptura prematura de membranas espontánea (O42.-)

O75.7 Parto vaginal luego de cesárea previa

Parto (O80 – O84)

Nota: Para utilizar estas categorías se debe hacer referencia a las guías y reglas de codificación de la mortalidad y morbilidad descritas en el Volumen 2 de la CIE-10.

O80 Parto único espontáneo

Incluye: casos sin ayuda o con ayuda mínima, parto con o sin episiotomía en un caso completamente normal

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

O80.1 Parto único espontáneo, presentación de nalgas o podálica

O80.8 Otros partos únicos espontáneos

O80.9 Parto único espontáneo, no especificado

Parto espontáneo SOE

O81 Parto único con fórceps y ventosa extractora

Excluye: aplicación fallida de fórceps o de ventosa (O66.5)

O81.0 Parto con fórceps bajo

O81.1 Parto con fórceps medio

O81.2 Parto con fórceps medio con rotación

O81.3 Parto con fórceps de otros tipos y los no especificados

O81.4 Parto con ventosa extractora

Ventosa extractora (Vacuum)

O81.5 Parto mediante la combinación de fórceps y ventosa extractora

Parto por fórceps y ventosa

O82 Parto único por cesárea.

O82.0 Parto por cesárea electiva

Cesárea repetida SOE

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

O82.2 Parto por cesárea con histerectomía

O82.8 Otros partos únicos por cesárea

O82.9 Parto por cesárea, sin otra especificación

O83 Otros partos únicos asistidos

O83.0 Extracción de nalgas

O83.1 Otros partos únicos asistidos, de nalgas

- Parto de nalgas SOE
- O83.2 Otros partos con ayuda de manipulación obstétrica**
Versión con extracción
- O83.3 Parto de feto viable en embarazo abdominal**
- O83.4 Operación destructiva para facilitar el parto**
Cleidotomía
Craneotomía
Embriotomía para facilitar el parto
- O83.8 Otros partos únicos asistidos especificados**
- O83.9 Parto único asistido, sin otra especificación**
Parto asistido SOE

- O84 Parto múltiple**
Utilizar un código adicional (O80-O83), si se desea, para indicar el método de parto de cada feto o lactante.
- O84.0 Parto múltiple, todo espontáneo**
- O84.1 Parto múltiple, todo por fórceps y extractor vacuum**
- O84.2 Parto múltiple, todo por cesárea**
- O84.8 Otro parto múltiple**
Parto múltiple mediante la combinación de métodos
- O84.9 Parto múltiple, no especificado**

- O87.0 Tromboflebitis superficial en el puerperio**
- O87.2 Hemorroides en el puerperio**
- O87.8 Otras complicaciones venosas en el puerperio**
Várices genitales en el puerperio

- O89.4 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el Puerperio**

- O92 Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto**
Incluye: las afecciones que se mencionan a continuación, cuando se presentan durante el embarazo, el puerperio o la lactancia
- O92.0 Pezón retraído asociado al parto**
- O92.1 Fisuras del pezón asociadas al parto**
Fisuras del pezón, gestacionales o puerperales

O92.2 Otros trastornos de la mama y los no especificados asociados con el parto

O92.3 Agalactia

Agalactia primaria

O92.4 Hipogalactia

O92.5 Lactancia suprimida

Agalactia:

- electiva
- secundaria
- terapéutica

O92.6 Galactorrea

Excluye: galactorreas no asociadas al parto (N64.3)

O92.7 Otros trastornos de la lactancia y otros no especificados

Galactocele puerperal

Otras afecciones obstétricas, no especificadas en otra parte (O94-O99)

Nota: Para usar las categorías O95-O97 se debe hacer referencia a las reglas de codificación de mortalidad y las directrices en el Volumen 2.

O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Nota: Esta categoría se debe usar para codificar la morbilidad solo para indicar afecciones en las categorías O00-O75 y O85-O92 como la causa de secuelas, las que a su vez, están clasificadas en otra parte.

Las 'secuelas' incluyen las afecciones especificadas como tales o como efectos tardíos, o aquellas que se encuentran presentes un año o más después del inicio de la afección causal.

No se debe utilizar para complicaciones crónicas del embarazo, parto y puerperio. Éstas deben ser codificadas bajo O00-O75 y O85-O92.

Excluye: las que provocan la muerte (O96.-, O97.-)

Lista tabulada de otros códigos de interés

O96 Muerte por cualquier causa obstétrica que ocurre más de 42 días pero menos de un año después del parto

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar causa obstétrica (directa o indirecta) de la muerte.

O96.0 Muerte por causa obstétrica directa

O96.1 Muerte por causa obstétrica indirecta

O96.9 Muerte por causa obstétrica no especificada

O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas

Incluye: Muerte por cualquier causa obstétrica (directa o indirecta) que ocurre un año o más después del parto. Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar la causa obstétrica (directa o indirecta) **(O43-O45)**

O97.0 Muerte por secuelas de causa obstétrica directa

O97.1 Muerte por secuelas de causa obstétrica indirecta

O97.9 Muerte por secuelas de causa obstétrica, no especificadas

Sugerencias de herramientas y ejemplos para facilitar la aplicación de la directriz y sus agrupamientos

Una vez que se han definido e identificado las causas básicas/entidades nosológicas, se debe enumerar las afecciones que contribuyeron al deceso.

Los países pueden incluir una lista de verificación de las afecciones contribuyentes relevantes en la plantilla de datos de muertes maternas abajo ilustradas. Las enfermedades deben marcarse en el casillero correspondiente y luego se puede seleccionar todas las muertes ocurridas con esa afección. Por lo tanto, uno tendría todas las entidades nosológicas derivadas de esa afección que contribuyó a la muerte.

Los países podrían seleccionar qué afecciones les resultan relevantes e incluirlas, para que la lista no se torne agotadora.

Lista de verificación de afecciones asociadas/contribuyentes

A continuación se presenta otra información que es importante recabar en caso de muerte materna:

	Si	No	No se sabe	No corresponde
Infección por VIH				
Anemia				
Cesárea previa				
Trabajo de parto prolongado				
Mutilación genital femenina				
Obesidad				
Depresión				
Violencia domestica				
Etc.				

- Modalidad de parto: no nacido, parto vaginal normal, parto vaginal asistido, cesárea, aborto/pérdida de embarazo
- Desenlace del embarazo, pérdida del embarazo/aborto, muerte prenatal, muerte intraparto, muerte neonatal, vivo.

NOMINA DE PARTICIPANTES EN TALLER DE CONSENSO Y APROBACION DE LA 5TA EDICION DE LA NORMA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA (La Paz, 30 y 31 de Julio del 2013)

Dra. Carla Parada Barba – Jefa Unidad Redes de Servicios de Salud y Calidad – MSD

Dr. Alberto De la Galvez Murillo – Docente Investigador IINSAD – UMSA

Lic. Norma Quispe Portocarrero – Profesional Técnico Área Continuo URSSyC

Dr. E. Renato Yucra Lizarazu – Profesional Técnico Área del Continuo URSSyC

Lic. Haydee Padilla – Consultora Salud Familiar Comunitaria OPS/OMS

Dra. Martha E. Bejar Aspiazu – Responsable SNIS VE SEDES Oruro

Lic. Nancy Eliana Soliz Marca – Responsable VEMMN – SEDES Oruro

Lic. Patricia Barrera Bellido – Responsable SSR. SEDES Chuquisaca

Dr. Franz Cesar Quispe Espinoza – SEDES Chuquisaca

Dr. Alejandro Ayaviri – Servicios - Seguros .Públicos SEDES Chuquisaca

Tec. Enny Rosario Colodro Ibáñez – Tec. SNIS SEDES Chuquisaca

Dra. Maritza Troche – Responsable Área Medica SNIS Nacional

Lic. Maria Luz Jarjuri Flores – Responsable SSR SEDES Tarija

Lic. Gloria B. Sanjinés Velasquez – Resp. Producción Servicios SNIS SEDES Tarija

Dr. Carlos Omar Dávila Díaz – Responsable AIM SSR – SEDES Potosí

Tec. Lidia Flores Elías – Tec. SNIS SEDES Potosí

Dra. Hellen Shirley Poggi Montero – Responsable VEMMN SEDES

Santa Cruz

Lic. Ruth Mary Galvez Rioja – Responsable SSR SEDES Santa Cruz

Sra. Yenny Ribera Mercado – Resp. Hechos Vitales SNIS SEDES

Beni

Dr. René Mercado Camacho – Responsable SSR SEDES Beni

Tec. Mabel Lopez Zubieta – Resp. Hechos Vitales SNIS SEDES

Cochabamba

Dra. Nancy Castillo Condori – Responsable SSR SEDES

Cochabamba

Dr. Alberto Castro André – Oficial de Salud UNFPA

Lic. Teresa Karen Gumiel Sanchez – Administración URSSyC

Documento impreso con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Bolivia en el marco del proyecto de Implementación de la Hoja de Ruta para el fortalecimiento del Sistema de Información y Rendición de Cuentas ODMs 4 y 5

La salud... un derecho para vivir bien