

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comité nacional de prevención, Estudio y Seguimiento de la
Morbilidad y mortalidad Materna y Perinatal

AUTOPSIA VERBAL EN CASO DE MUERTE MATERNA

Nota.- Este documento deberá ser llenado preferentemente por un médico, dando a todas las preguntas, una o más respuestas y cuando se considere necesario escribir en hojas anexas, favor de señalarlo.

1.- IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL, JURISDICCIÓN SANITARIA O UNIDAD DE ATENCIÓN.

- 1.1 NOMBRE _____
1.2 ENTIDAD FEDERATIVA _____
1.3 LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____
1.4 NOMBRE DEL DIRECTOR RESPONSABLE _____
TEL. _____
1.5 FECHA DE ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____
1.6 NUMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____
Copiar los siguientes datos del certificado de la defunción
2.1 NOMBRE COMPLETO _____
2.2 DOMICILIO _____
2.3 LOCALIDAD _____
2.4 MUNICIPIO _____ 2.6 ESTADO _____
2.5 EDAD _____ AÑOS, FECHA DE NACIMIENTO _____
2.7 DERECHOHABIENTE SI NO
INSTITUCIÓN: _____

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA FALLECIDA

2.8 OCUPACIÓN DE LA FALLECIDA.

- | | | | |
|------------------------------|-----|---------------------|-----|
| 2.8.1 HOGAR | () | 2.8.2 ESTUDIA | () |
| 2.8.3 CAMPO | () | 2.8.4 EMPLEADA | () |
| 2.8.5 COMERCIO | () | 2.8.6 POR SU CUENTA | () |
| 2.8.7 OTRA especificar _____ | | | |

2.9 ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA

- | | | | |
|-----------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 2.9.1 ANALFABETA | () | 2.9.2 PRIMARIA INCOMPLETA | () |
| 2.9.3 PRIMARIA COMPLETA | () | 2.9.4 SECUNDARIA | () |
| 2.9.5 PREPARATORIA O EQUIV. | () | 2.9.6 PROFESIONAL | () |

2.10 ESTADO CIVIL DE LA FALLECIDA

- | | | | |
|-------------------|-----|--------------------|-----|
| 2.10.1 SOLTERA | () | 2.10.2 CASADA | () |
| 2.10.3 VIUDA | () | 2.10.4 UNIÓN LIBRE | () |
| 2.10.5 SEPARADA | () | 2.10.6 DIVORCIADA | () |
| 2.10.7 NO SE SABE | () | | |

2.11 DERECHOHABIENTENCIA

- 2.11.1 NINGUNA () IMSS () ISSSTE () SEDENA () MARINA ()
PEMEX () OTRA especificar _____

Buenos días o tardes, mi nombre es..... indicar su nombre y trabajo para el Sistema nacional de salud, estamos realizando esta entrevista para conocer algunos acontecimientos alrededor de las mujeres que han muerto en nuestro país. Sabemos que una señora murió..... por lo que quisiéramos pedir a usted que por favor nos contestara algunas preguntas. Información que proporcione será confidencial y de Pregunte al interesado si acepta participar y en caso de hacerlo inicie con la sección siguiente:

Si no se realizó la entrevista anote el motivo:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----|--------------------|-----|
| 1. No se encontraron los familiares | () | 2. Domicilio falso | () |
| 3. Cambio de domicilio | () | 4. Se negó | () |

3.- PARENTESCO CON LA FALLECIDA

- | | | | |
|-------------|-----|-------------|-----|
| 3.1 MADRE | () | 3.2 PADRE | () |
| 3.3 ESPOSO | () | 3.3 HERMANO | () |
| 3.5 HERMANA | () | 3.6 HIJO | () |
| 3.7 HIJA | () | 3.8 OTRO | () |
- Especificar. _____

3.1. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA.

- | | | | |
|----------|-----|--------------|-------|
| 3.1.1 NO | () | | |
| 3.1.2 SI | () | ESPECIFICAR. | _____ |

3.2. LA FALLECIDA ERA MONOLINGÜE.

- | | | | |
|----------|-----|----------|-----|
| 3.2.1 NO | () | 3.2.2 SI | () |
|----------|-----|----------|-----|

4. FECHA DE FALLECIMIENTO:

--	--

 HORA

--	--

 DIA

--	--

 MES

--	--

 AÑO

5. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERÉS

- | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------------------|-----|
| 5.1 ANTECEDENTES FAMILIARES | () | | |
| 5.1.2 SIN ANTECEDENTES | () | 5.1.2 CARDIACOS | () |
| 5.1.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL | () | 5.1.4 DIABETES MELLITUS | () |
| 5.1.5 MALFORM. CONGENITAS | () | 5.1.6 OTRAS | () |
- Especificar. _____

5.2 PERSONALES MÉDICO – QUIRÚRGICOS

- | | | | |
|----------------------------|-----|------------------------------|-----|
| 5.2.1 SIN ANTECEDENTES | () | 5.2.2 CARDIOP. CONGÉNITA | () |
| 5.2.3 CARDIOP. REUMATISMO | () | 5.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL | () |
| 5.2.5 MALFORMACIONES CONG. | () | 5.2.6 DIABETES MELLITUS | () |
| 5.2.7 TIROIDEOPATIA | () | 5.2.8 OTRA ENDOCRINOPATIA | () |
| 5.2.9 ENF. COLÁGENA | () | 5.2.10 TUBERCULOSIS PULMONAR | () |
| 5.2.11 OTRA NEUMOPATIA | () | 5.2.12 DROGADICCIÓN | () |
| 5.2.13 EPILEPSIA | () | 5.2.14 OTRA NEUROPATÍA | () |
| 5.2.15 NEFROPATIA | () | 5.2.16 HEMATOPATIA | () |
| 5.2.17 SIDA | () | 5.2.18 OTRAS | () |
- Especificar. _____

5.3 ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS

- | | | | |
|-----------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 5.3.1 NÚMERO DE CESAREAS | () | 5.3.2 NUMERO DE PARTOS | () |
| 5.3.3 NÚMERO DE ABORTOS | () | 5.3.4 NUMERO DE CESAREAS | () |
| 5.3.5 NO EMB. EXTRAUTERINOS | () | | |

6. PADECIMIENTO.

6.1. ¿ DE QUE ENFERMEDAD CREE USTED QUE MURIÓ ? _____

6.2. ¿ DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIÓ ? _____

6.3. POR FAVOR DÍGAME USTED LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA HASTA QUE MURIO. pero le solicito que nos diga en orden de horas / cronológico como fue agravándose la señora

6.4 POR FAVOR DIGAME PORQUE NO LA LLEVARON INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL MAS CERCANO.

6.5 TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE LA SEÑORA INICIO A ESTAR ENFERMA HASTA QUE ACUDIO A SOLICITAR LA ATENCIÓN DEL MEDICO INSTITUCIONAL _____ ENFERMERA _____ MEDICO PRIVADO _____.- PARTERA TRADICIONAL _____

- | | | | |
|-------------------------|-----|---------------------------|-----|
| 6.5.1 INMEDIATAMENTE | () | 6.5.5 ENTRE 12 - 24 HORAS | () |
| 6.5.2 ENTRE - 3 HORAS | () | 6.5.6 ENTRE 24 - 48 HORAS | () |
| 6.5.3 ENTRE 3 - 6 HORAS | () | 6.5.7 MAS DE 48 HORAS | () |
| 6.5.4 ENTRE 7 12 HORAS | | | |

SI ACUDIO CON LA PARTERA REGISTRAR EL NOMBRE COMPLETO Y DOMICILIO DE LA PARTERA _____

6.6 ATENCIÓN CON LA PARTERA.

¿ CUANTO TIEMPO PERMANECIO BAJO EL CUIDADO DE LA PARTERA ?

- | | | | |
|-----------------------|-----|------------------------|-----|
| 6.6.1 MENOS DE 1 HORA | () | 6.6.5 DE 13 A 24 HORAS | () |
| 6.6.2 DE 2 A 3 HORAS | () | 6.6.6 DE 24 A 48 HORAS | () |
| 6.6.3 DE 4 A 6 HORAS | () | 6.6.7 MAS DE 48 HORAS | () |
| 6.6.4 6 A 12 HORAS | | | |

A CONTINUACIÓN HAGA UNA RESEÑA CLÍNICA DE LA COLOCACIÓN DE LA PACIENTE, MANIOBRAS QUE LE PRACTICAN Y QUE MEDICAMENTOS UTILIZÓ O REMEDIOS. (EN CASO NECESARIO USAR UNA HOJA ANEXA).

6.7 CAUSAS O MOTIVOS DE LA NO DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA E ISOCRONA

¿ME PODRÍA USTED DECIR CUALES FUERON LOS MOTIVOS O RAZONES POR LAS CUALES NO ACUDIO INMEDIATAMENTE U OPORTUNAMENTE A SOLICITAR LA ATENCIÓN MÉDICA A LA UNIDAD MAS CERCANA?

- | | | | | | |
|-------|---------------------------|-----|-------|--------------------------------------|-----|
| 6.7.1 | FALTA DE DINERO | () | 6.7.4 | POR NO SABER A DONDE ACUDIR | () |
| 6.7.2 | FALTA DE UN VEHÍCULO | () | 6.7.5 | POR NO CONSIDERAR GRAVE A LA SEÑORA. | () |
| 6.7.3 | POR NO CREERLO IMPORTANTE | () | 6.7.7 | OTRO _____ | () |

especificar

6.7.9 ¿ CONOCE USTED CUAL ES EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A SU DOMICILIO ?

- | | | | | | |
|---------|----|-----|---------|----|-----|
| 6.7.9.1 | SI | () | 6.7.9.2 | NO | () |
|---------|----|-----|---------|----|-----|

6.8 ¿ A CUANTO TIEMPO ESTA ESTA LA UNIDAD DE SALUD DE SU DOMICILIO ? _____

- | | | |
|-------|-----------------|-------------|
| 6.8.1 | A PIE | () |
| 6.8.2 | EN AUTO / CARRO | () |
| 6.8.3 | EN BESTIA | () |
| 6.8.4 | OTRO _____ | especificar |

¿ SABE USTED QUE HOSPITAL ES EL MAS CERCANO A SU DOMICILIO ?

- | | | | | | |
|-------|----|-----|--------|----|-----|
| 6.8.5 | SI | () | 6.8.7. | NO | () |
|-------|----|-----|--------|----|-----|

6.8.6. REGISTRAR EL NOMBRE DEL HOSPITAL _____
¿ A CUANTO TIEMPO ESTA DE SU DOMICILIO, ESTE HOSPITAL ? _____

- | | | |
|--------|-----------------|-------------|
| 6.8.8 | A PIE | () |
| 6.8.9 | EN AUTO / CARRO | () |
| 6.8.10 | EN BESTIA | () |
| 6.8.11 | OTRO _____ | especificar |

6.9 ACCIDENTE O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

¿ ME PODRÍA USTED DECIR SI LA SEÑORA SE CAYÓ EN EL TRANSURSO DE LA ULTIMA QUINCENA DEL EMBARAZO O ANTES DEL PARTO O DE QUE FALLECIERÀ ?

- | | | | | | |
|-------|----|-----|-------|----|-----|
| 6.9.1 | SI | () | 6.9.2 | NO | () |
|-------|----|-----|-------|----|-----|

¿ ME PUEDE USTED DECIR QUE PARTE DEL CUERPO SE GOLPEO ?

- | | | | | | |
|-------|----------------------|-----|-------|------------|-----|
| 6.9.3 | CABEZA | () | 6.9.7 | BRAZOS | () |
| 6.9.2 | ESPALDA | () | 6.9.8 | PIERNAS | () |
| 6.9.3 | PECHO | () | 6.9.9 | OTRA PARTE | () |
| 6.9.4 | ABDOMEN/PANZA/IENTRE | () | | | |

6.9 ¿ ME PUEDE USTED DECIR SI EN LA ULTIMA QUINCENA ANTES DE FALLECER LA SEÑORA FUE GOLPEADA POR SU ESPOSO U OTRO FAMILIAR ?

- | | | | | | |
|--------|----|-----|--------|----|-----|
| 6.9.10 | SI | () | 6.9.11 | NO | () |
|--------|----|-----|--------|----|-----|

¿ LA GOLPEARON EN EL VIENTRE ?

- | | | | | | |
|--------|----|-----|--------|----|-----|
| 6.9.12 | SI | () | 6.9.13 | NO | () |
|--------|----|-----|--------|----|-----|

6. SITIO Y ESTADO GRÁVIDO – PUERPERAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE

- | | | | | | |
|-------|--------------------------------------|-----|-------|------------------|-----|
| 7.1 | SITIO DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO | | | | |
| 7.1.1 | DOMICILIO DE LA FALLECIDA | () | 7.1.2 | DOMCILIO PARTERA | () |
| 7.1.3 | UNIDAD MEDICA PRIVADA | () | 7.1.4 | UNIDAD DE SALUD | () |
| 7.1.5 | TRASLADO | () | 7.1.6 | OTRO: _____ | () |
| | | | | especificar | |

7.2 EL FALLECIMIENTO OCURRIO DURANTE

- | | | | | | |
|-------|-----------------|-----|-------|--------------|-----|
| 7.2.1 | EMBARAZO | () | 7.2.2 | PARTO NORMAL | () |
| 7.2.3 | PARTO DISTOCICO | () | 7.2.4 | POSTPARTO | () |
| 7.2.4 | CESÁREA | () | 7.2.6 | POSTCESÀREA | () |
| 7.2.7 | ABORTO | () | 7.2.8 | POSTABORTO | () |

7. NECROPSIA (AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO)

8.1 ¿ SE REALIZO NECROPSIA ?

- | | | | | | |
|-------|----|-----|-------|----|-----|
| 8.1.1 | SI | () | 8.1.2 | NO | () |
|-------|----|-----|-------|----|-----|

8.1 ¿ PODRIA USTED DECIR ALGUNO DE LOS DATOS O RESULTADOS DE LA AUTOPSIA ?

8. EMBARAZO ACTUAL

9.1 EDAD DEL EMBARAZO EN MESES _____

9.2 LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL:

- | | | | | | | |
|-------|-----------|-----|-----------------------------|-------|----|-----|
| 9.2.1 | SI | () | POR QUE NO ACUDIA A CONTROL | 9.2.2 | NO | () |
| 9.2.3 | SE IGNORA | () | | | | |

9.3 LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

- | | | | | | |
|-------|---------------------------|-----|-------|--------------------------------|-----|
| 9.3.1 | MEDICO ESPECIALISTA | () | 9.3.2 | MEDICO GENERAL | () |
| 9.3.3 | MEDICO PASANTE | () | 9.3.4 | ENFERMERA | () |
| 9.3.5 | AUXILIAR DE ENFERMERA | () | 9.3.6 | PARTERA TRADICIONAL CAPACITADA | () |
| 9.3.7 | PART. TRAD. NO ADIESTRADA | () | 9.3.8 | OTRO | () |

9.4 MESES EN QUE INICIO EL CONTROL PRENATAL

- | | | | |
|-------|---|-----|-----------------|
| 9.4 | MESES EN QUE INICIO EL CONTROL RELATIVO | | () |
| 9.4.1 | PRIMERO, SEGUNDO O TER. | () | 9.4.2 CUARTO |
| 9.4.3 | QUINTO | () | 9.4.4 SEXTO |
| 9.4.5 | SÉPTIMO | () | 9.4.6 OCTAVO |
| 9.4.7 | NOVENO | () | 9.4.8 SE IGNORA |

9.5 NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES

- | | | | | |
|-------|--------------------------------|-----|-------|------------------|
| 9.5 | NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES | | | () |
| 9.5.1 | UNA A DOS | () | 9.5.2 | TRES A CINCO () |
| 9.5.3 | MAS DE CINCO | () | 9.5.4 | SE IGNORA () |

9.6 FECHA E ULTIMA CONSULTA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

9. EXAMENES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

- | 9. EXAMENES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL | | | | | |
|--|------------------------|--------|--------|-----------|-----|
| 10.1 DURANTE EL CONTROL PRENATAL SE REALIZARON EXAMENES DE | | | | | |
| 10.1.1 | SANGRE (HEMOGLOBINA) | SI () | NO () | SE IGNORA | () |
| 10.1.2 | ORINA | SI () | NO () | SE IGNORA | () |
| 10.1.3 | GRUPO SANGUINEO | SI () | NO () | SE IGNORA | () |
| 10.1.4 | ULTRASONIDO | SI () | NO () | SE IGNORA | () |

[illegible][illegible]

INSTRUCCIONES GENERALES:

- ACIONES GENERALES:
1. ANOTAR EL AÑO DE CADA EMBARAZO ANTERIOR, INICIANDO POR EL MAS RECIENTE
 2. INDICAR EL NUMERO DE MESES EN CADA GESTACIÓN
 3. MARCAR SI O NO EXISTIERON COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO
 4. MARCAR SI O NO EXISTIO CONTROL PRENATAL
 5. INDICAR TIPO DE RESOLUCIÓN DE CADA EMBARAZO (PARTO EUTOCICO, CESÁREA, ABORTO, ETC)
 6. INDICAR SI EL PRODUCTO NACIÓ VIVO (V), O MUERTE FETAL (F*), O MUERTE NEONATAL (F**)
 7. ANOTAR, EN GRAMOS EL PESO DEL PRODUCTO
 8. ANOTAR SI EL CUERPO FUE NORMAL (N) O PATOLÓGICO (P)

11. PARTO

12.1 TIPO DE PARTO

12.1.1 NORMAL

()

12.1.2 COMPLICADO

()

12.2 EN CASO DE PARTO COMPLICADO, LA RESOLUCIÓN FUE POR:

12.2.1 CESAREA

()

12.2.2 USO DE FÓRCEPS

()

12.2.3 OTRO

()

Especificar

12.3 TIPO DE NACIMIENTO

12.3.1 ÚNICO

()

12.3.2 GEMELAR

()

12.3.3 MÚLTIPLE

()

12.3.3 SE DESCONOCE

()

12.4 FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

12.5 SITIO O LUGAR DONDE SE ATENDIO EL PARTO:

12.5.1 DOMICILIO DE LA
PARTURIENTA

()

12.5.2 DOMICILIO DE LA PARTERA

()

12.5.3 UNIDAD MEDICA PRIVADA

()

12.5.4 UNIDAD DE SALUD

()

12.5.5 POSADA DE NACIMIENTO

()

12.5.6 TRASLADO

()

12.5.7 OTRO

()

Especificar

12.6 EL PARTO FUE ATENDIDO POR

12.6.1 MEDICO ESPECIALISTA

()

12.6.2 MEDICO GENERAL

()

12.6.3 MEDICO PASANTE

()

12.6.4 ENFERMERA

()

12.6.5 AUXILIAR DE ENFERMERIA

()

12.6.6 PART. TRAD. CAPACITADA

()

12.6.7 PART. TRAD. NO CAPACITADA

()

12.6.8 OTRA PERSONA DE SALUD

()

12.6.9 FAMILIAR

()

12.6.10 LA MISMA PUERPERIA

()

12.6.11 SE IGNORA

()

12.6.12 OTRO

()

especificar

12.7 EL PARTO FUE

12.7.1 ESPONTÁNEO

()

12.7.2 INDUCIDO

()

12.7.3 SE IGNORA

()

12.8 CUANTO TIEMPO DURO EL TRABAJO DE PARTO

HORAS

12.9 ¿ SABE USTED, SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO ?

12.9.1 SI

()

12.9.2 NO

()

En caso afirmativo, mencione cuales:

12.10 SI SE REALIZO OPERACIÓN CESAREA PODRIA DESCRIBIR CUAL FUE LA INDICACIÓN PARA REALIZARLA _____

12. ABORTO

13.1 SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ESTE FUE:

13.1.1 ESPONTÁNEO () 13.1.2 INDUCIDO ()

13.1.3 SE IGNORA ()

13.2 EN QUE MESES DEL EMBARAZO OCURRIÒ EL ABORTO _____

13.3 DURANTE O DESPUÉS DEL ABORTO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN

13.3.1 SI () 13.1.2 NO ()

13.3.3 SE IGNORA ()

13.4 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES _____

13. PUERPERIO (CUARENTENA)

14.1.1 DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN.

14.1.1 SI () 14.1.2 NO (✓)

14.1.3 SE IGNORA ()

14.1.2 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL O CUÁLES:

14.2.1 CRISIS CONSULTIVAS () 14.2.2 INFECCIÓN ()

14.2.3 HEMORRAGIA () 14.2.4 OTRAS ()

Especificar _____

14. ATENCIÓN EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD

NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD EN DONDE SE ATENDIÒ:

15.1.1 SI () 15.1.2 NO ()

15.1.3 SE IGNORA ()

15.1.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTA FUE DURANTE:

15.1.1.1 EMBARAZO () 15.1.1.2 PARTO ()

15.1.1.3 CESAREA () 15.1.1.4 PUERPERIO (CUARENTENA) ()

15.1.1.5 ABORTO ()

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA _____

15.2 ¿ LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA ?

15.2.1 SI () 15.2.2 NO ()

15.2.3 SE IGNORA ()

15.2.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE

15.2.2.1 EMBARAZO () 15.2.2.2 PARTO ()

15.2.2.3 CESAREA () 15.2.2.4 PUERPERIO ()

15.2.2.5 ABORTO ()

DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA _____