



Instituto de Salud del Estado de México
Dirección de Servicios de Salud
Subdirección de Epidemiología
Departamento de Vigilancia Epidemiológica.



Vigilancia Epidemiológica Plataforma Única de Notificación Inmediata
de Muerte Materna 2016

Instructivo de llenado del Formato de Resumen Clínico de Muerte Materna

Instrucciones Generales.- El formato de resumen clínico debe ser requisitado por médico epidemiólogo del Hospital o de la Jurisdicción o de preferencia por el médico tratante del caso; podrá ser expedido por otra persona autorizada por el director del Hospital o jefe de la Jurisdicción donde ocurrió la defunción.

Para el llenado de este formato de resumen clínico deberá de auxiliarse por el expediente clínico generado por la atención de la paciente.

Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.

Para las respuestas que se deben anotar con número (fecha, hora, Antecedentes Gineco-obstétricos), use números arábigos.

Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Para los rubros en los cuales se solicita sólo la selección de la opción favor de marcar con una X, la opción seleccionada.

No.	Nombre del Campo	Descripción del Campo
1	Folio del Certificado de defunción	Registrar el No. De Folio del Certificado de Defunción
Datos Generales de la Paciente		
2	Nombre completo de la paciente	Nombre Completo de la paciente que se esta notificando, iniciar con el primero y segundo apellido y finalmente el nombre o nombres completos
3	Edad	Anotar la edad de la paciente en años cumplidos
4	Lugar de Residencia	Domicilio habitual de la fallecida en los últimos seis meses
5	Municipio	Municipio de la Residencia habitual
6	Jurisdicción	Jurisdicción de la Residencia habitual
7	Fecha de la Defunción	Anotar el día, mes y año en que ocurrió la defunción
8	Fecha de la elaboración del resumen	Anotar el día, mes y año en que se realizó el resumen
9	Institución donde ocurrió la defunción	Indique el Nombre de la Institución donde ocurrió la defunción
10	Nombre Completo de la Unidad Médica donde ocurrió la Defunción	Anotar el Nombre completo de la unidad médica donde ocurrió la defunción. Si la Unidad Médica, tiene un Nombre Propio favor de anotar el nombre completo
11	Municipio	Municipio donde geográficamente se ubica la Unidad Médica
12	Jurisdicción	Jurisdicción donde se ubica geográficamente la Unidad Médica
13	Antecedentes Personales No Patológicos	Anotar los datos que aparecen en la historia clínica del expediente o de la Nota de Urgencias o evolución con respecto a los antecedentes personales no patológicos
14	Antecedentes Personales Patológicos	Anotar los datos que aparecen en la historia clínica del Expediente o de la Nota de Urgencias o Evolución con respecto a los antecedentes personales patológicos
15	Antecedentes Gineco-Obstétricos	No se realiza anotación en este apartado sólo es de referencia
16	Menarca	Corresponde a la edad en años en que aparecen los periodos menstruales
17	Gestas	Anotar con número arábigo el número de embarazos, incluido el dl motivo de notificación
18	Partos	Anotar con número arábigo el número de partos
19	Abortos	Anotar con número arábigo el número de Abortos
20	Cesáreas	Anotar con número arábigo el número de Cesáreas
21	Fecha del último evento obstétrico	Anotar día, mes y año del último evento obstétrico
22	El Ultimo evento obstétrico concluyó en:	Seleccione la opción de Parto, Aborto o Cesárea, marque con una "x" la opción seleccionada

23	Óbito	Si el último evento concluyo en óbito favor de seleccionar la opción SI o No, marcándola con una "x"
24	Edad Gestacional	Anotar la edad Gestacional en Número de Semanas, utilizando Número arábigo
25	Complicaciones en Embarazos Previos	Seleccionar la opción SI o No. Marcándola con una "x"
26	Especifique que tipo de complicaciones existieron en embarazos previos	Seleccionar la opción o las opciones seleccionadas mediante una "x" de las 8 posibles complicaciones en los embarazos previos
27	El Diagnóstico del Último embarazo se corroboró por	Seleccione la opción con la que se corrobora el embarazo, marcando con una "x" la opción seleccionada, (Laboratorio, Ultrasonido, Datos Clínicos o Procedimiento Quirúrgico)
28	Las complicaciones de la defunción se presentaron en	Seleccione la opción de la etapa en que se presentaron las complicaciones de la defunción, marcando con una "x" la opción seleccionada, (Embarazo, Parto y Puerperio y dentro del puerperio seleccionar en que etapa del puerperio se presentaron las complicaciones)
29	Peso del Producto	En caso de que el producto haya sobrevivido anotar el peso que registro al nacimiento.
30	Valoración Apgar	En caso de que el producto haya sobrevivido anotar la valoración de APGAR que registro al nacimiento.
31	Malformaciones Congénitas	Si el producto vivió o falleció pero presentó una o más malformaciones favor de anotarlas en orden de importancia
32	Folio del Certificado de Nacimiento	Anotar el folio del Certificado de Nacimiento del Producto
33	Si el evento obstétrico derivó en un aborto especifique tipo de aborto	Seleccionar la opción seleccionada mediante una "x" de los 4 posibles tipos de aborto que se enuncian en el formato
34	Mencione las condiciones en que llegó la paciente a la unidad	Anotar los aspectos relevantes de las condiciones, físicas y clínicas de la paciente a la Unidad Médica que realiza la notificación
35	Resumen Clínico	Anotar de forma concreta y basado en los hechos asentados en las notas del expediente clínico, la evolución clínica de la paciente desde su ingreso hasta su muerte, sustentando los diagnósticos y la terapéutica empleada.
36	Nombre del Médico que elaboró el resumen clínico	Nombre completo del médico que realizó el llenado del formato
37	Firma	Firma autógrafa del médico que realizó el llenado del formato
38	Sello de la Unidad Médica	Deberá poner el sello de la Unidad Médica donde ocurrió la defunción
39	Cargo	Anotar el cargo operativo del médico que realizó el llenado del formato
40	No. Telefónico	Anotar el Número telefónico del Médico que realizó el llenado del formato