

Morbilidad materna extrema código INS: 549

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-049 V:04 2018/02/02

| | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| A. Nombres y apellidos del paciente | B. Tipo de ID* | C. Número de identificación |
| *RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID | | |

5. SISTEMA DE REFERENCIA

| | | | |
|--|--|--|--|
| 5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra institución? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 5.2 Institución de referencia 1 | 5.3 Institución de referencia 2 | 5.4 Tiempo del tramite de remision <input type="text"/> <input type="text"/> Horas |
|--|--|--|--|

6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|
| 6.1 Número de gestaciones <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.2 Partos vaginales <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.3 Cesáreas <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.4 Abortos <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.5 Molas <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.6 Ectópicos <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.7 Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6.8 Vivos <input type="text"/> <input type="text"/> | 6.9 Fecha de terminación de la última gestación (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Incluya el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores | | | | |
| | | 6.11. Número de controles prenatales <input type="text"/> | 6.12 Semanas al inicio CPN <input type="text"/> | | | |
| 6.13 Terminación de la gestación <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 3. Parto instrumentado <input type="radio"/> 4. Cesárea <input type="radio"/> 5. Continúa embarazada | | | 6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación <input type="radio"/> 1. Antes <input type="radio"/> 2. Durante <input type="radio"/> 3. Después | | | |

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

| | |
|---|--|
| 7.1. Enfermedad específica | |
| 7.1.1 Eclampsia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.1.4 Hemorragia obstetrica severa <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.1.2 Preeclamsia severa <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.1.5 Ruptura uterina <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.1.3 Sepsis o infección sistémica severa <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | |
| 7.2. Falla orgánica | |
| 7.2.1 Cardíaca <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.2.5 Metabólica <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.2.2 Vascular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.2.6 Cerebral <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.2.3 Renal <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.2.7 Respiratoria <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.2.4 Hepática <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.2.8 Coagulación <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.3. Manejo específico | |
| 7.3.1. Ingreso a UCI <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 7.3.2. Cirugía adicional <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.3.3. Transfusión <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No Unidades trasfundidas _____ Cuál? _____ | |

TOTAL DE CRITERIOS

Los numerales 7.4 hasta 7.6 clasifican una Morbilidad Materna Extrema si cuentan adicional con un criterio de Falla orgánica

| | | |
|---|---|---|
| 7.4 Enfermedad específica relacionada | | |
| 7.4.1 Aborto séptico <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.2 Enfermedad molar <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.3 Embarazo ectópico roto <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.4 Enf. Autoinmune <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.9 Enf. Gastrointestinal <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.10 eventos tromboembolicos <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.11 Enf. Cardiocerebrovascular <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.4.12 Otras <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.5 Lesiones de causa externa | | |
| 7.5.1 Accidente <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.5.2 Intoxicación accidental <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.5.3 Intento suicida <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.5.4 Víctima de violencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No |
| 7.6 Otro eventos? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | ¿Cuál Evento? _____ | Código INS _____ |

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
MME (Cód INS: 549)

| VARIABLE | CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN | CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN | OBLIG |
|--|---|---|-----------|
| A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación | * Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable. | * El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos. | SI |
| 5. SISTEMA DE REFERENCIA | | | |
| 5.1 ¿La paciente ingresa remitida de otra Institución? | Al momento de la presentación del caso, verifique si la paciente fue remitida desde otra institución de salud. Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No | Señale la opción según corresponda. Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 5.2 Institución de referencia 1 | Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión del paciente. | Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código. OBLIGATORIA si la respuesta en la variable 5.1 es SI. | NO |
| 5.3 Institución de referencia 2 | Diligencie el nombre de la institución desde donde se realizó la remisión de la paciente hacia la institución 1. | Ingrese el nombre de la institución desde donde fue remitida la paciente, y marque en la tabla de referencia el código de la institución, según corresponda. Tenga en cuenta que debe existir coincidencia entre el nombre y el código. | NO |
| 5.4 Tiempo del trámite de remisión | Ingrese en horas, el tiempo que duró el proceso administrativo que autoriza la remisión, en el caso que la paciente haya sido remitida. | Variable que se activa al ingresar en la variable 5.1 opción Si | NO |
| 6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS | | | |
| 6.1 a 6.8 | Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda. | Variable con rango entre 0 a 19 | SI |
| 6.9 Fecha de terminación de la última gestación | En la situación en que el caso tuviese un embarazo previo al relacionado con el evento, ingrese la fecha en la que fue la terminación de este. | Variable depende de la respuesta de variable "6.1 Número de gestaciones". Variable que se activa cuando ingresa en la variable 6.1 = 1 (Si) | NO |
| 6.11. Número de controles prenatales | Ingrese el dato en valores absolutos según corresponda. | Variable con rango entre 0 a 50 | SI |
| 6.12 Semanas al inicio de CPN | Ingrese en números absolutos, las semanas de gestación que tenía al iniciar los controles prenatales. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. | Variable que tiene valores entre 0 a 40. Depende de la respuesta ingresada en la variable "6.1. Número de gestaciones" | SI |
| 6.13 Terminación de la gestación | Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que la respuesta se relaciona con el medio por el cual terminó el embarazo. De no ser así marque la opción 5. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |
| 6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación | Marque con una X la opción según corresponda. Se relaciona con el momento en el que ocurrió el evento relacionado con el parto o terminación de la gestación. Incluya información del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. | Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. | SI |

| 7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | | | |
|---|--|---|----|
| 7.1 Enfermedad específica | Tenga en cuenta las opciones que tiene la variable, de las cuales la paciente puede presentar más de un criterio. Marque 1=Si, en las que presente la paciente. | Variable que debe ser diligenciada a partir de los criterios presentados por el caso. | SI |
| 7.2 Falla orgánica | | En el sistema debe marcar Si o No según la respuesta. | |
| 7.3 Manejo específico | Tenga en cuenta las opciones que tiene la variable, de las cuales la paciente puede presentar más de un criterio. Marque 1=Si, en las que presente la paciente. En caso de requerir una cirugía adicional, elegir el procedimiento realizado, si el procedimiento es diferente a los mencionados, elegir la opción 4" Otro" y se deberá escribir el nombre del procedimiento quirúrgico. | Tenga en cuenta que el cumplimiento de estos criterios hace que el caso se clasifique como una Morbilidad Materna Extrema. | |
| Total criterios | Ingrese en números absolutos, la sumatoria de los criterios anteriormente mencionados (7.1 a 7.3), teniendo en cuenta que a cada uno se le da un valor de 1, SI y SOLO SI la respuesta del criterio es 1 = SI | Ingrese el valor de sumatoria de los criterios que cumple el caso. Valor mínimo permitido 1 Valor máximo permitido 16 | SI |
| 7.4 Enfermedad Específica relacionada | Marcar SI en él, o los criterios presentados por la paciente, los cuales deben estar acompañados por un criterio de falla orgánica. | Variable que debe ser diligenciada a partir de los criterios presentados por el caso. | SI |
| 7.5 Lesiones de causa externa | | En el sistema debe marcar Si o No según la respuesta. | |
| 7.5 Otros eventos | | Tenga en cuenta que estos criterios configuran un caso de Morbilidad Materna Extrema solo si cuentan adicionalmente con un criterio de falla orgánica. | |
| 8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO | | | |
| 8.1 Días de estancia hospitalaria | Ingrese en números absolutos el número de días que la paciente permaneció hospitalizada, debido al evento a notificar. | Variable numérica que permite valores mayores o igual a 1. | SI |
| 8.2 Días de estancia en cuidado intensivo | Diligencie en números absolutos el número de días que la paciente permaneció en cuidados intensivos para el manejo del evento. | Variable numérica que permite valores mayores o iguales a 1. Es OBLIGATORIA si la respuesta a la variable "7.3.1 es 1 = Si". | NO |
| Egreso | Seleccione la opción teniendo en cuenta el destino de la paciente. | No es obligatoria al ser notificada la paciente en el momento del ingreso, sin embargo, al ajustar el caso para ser completada la información debe ser elegida una de las dos opciones. | NO |
| 8.4 Cirugía adicional | Marque con una X la opción según corresponda, de lo contrario deje en blanco. | Se activa y es OBLIGATORIA si la respuesta a la variable "7.3.2 "Cirugía adicional" es 1 = Si | NO |
| 8.4.1 ¿Cuál otra? | Mencione textualmente el procedimiento quirúrgico recibido. | Depende de la respuesta de la variable 8.4 opción 4 = Otra. | NO |
| 9. CAUSAS DE MORBILIDAD | | | |
| 9.1 Causa principal CIE 10 | Ingrese el nombre del diagnóstico de la causa principal de morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente. | De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema. | SI |
| 9.1.1 Causa principal agrupada | Elija la causa agrupada teniendo en cuenta la causa principal. | De acuerdo con tabla de CIE 10 y causa agrupada que se encuentra en el sistema. | SI |
| 9.2 Causa asociada (CIE 10) | Ingrese diagnóstico de la causa asociada 2 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente. | De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema. | NO |
| 9.3 Causa asociada (CIE 10) | Ingrese diagnóstico de la causa asociada 3 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente. | De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema. | NO |
| 9.4 Causa asociada (CIE 10) | Ingrese diagnóstico de la causa asociada 4 de la morbilidad, al egreso hospitalario de la paciente. | De acuerdo con tabla de CIE 10 que se encuentra en el sistema. | NO |
| Fecha de egreso | Formato día-mes-año. Ingrese la fecha en la que la paciente salió de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. | | SI |