

## NUEVO SISTEMA DE DENUNCIA INMEDIATA DE CASOS DE MUERTES INFANTILES (Menores de 1 año)

El Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires conjuntamente con el Plan NACER han desarrollado de manera conjunta un nuevo sistema de notificación de casos de muertes infantiles.

El objetivo final es proveer a los comités de vigilancias locales, regionales y provinciales de un instrumento que les permita monitorear, en forma inmediata, las principales causas de muertes infantiles y desarrollar así los mecanismos correctivos y preventivos para disminuir las mismas.

Este instrumento cuenta con el agregado que al formulario de denuncia de caso se le incorpora la “evaluación del comité local de mortalidad” que incluye la posible reducibilidad del caso y las sugerencias estratégicas sobre el mismo.

El primer lugar donde se deben concentrar los formularios de denuncias es la Secretaría de Salud de cada Municipio. Allí deben llegar los formularios provenientes de los Hospitales radicados en su Municipio. En caso de tratarse de una muerte extrahospitalaria, cada Municipio deberá rastrear el mismo por medio de denuncias policiales, visitas periódicas al Cementerio local, registros Civiles, etc.

Las Clínicas Privadas pueden incorporarse al sistema de denuncias, aunque no es un punto prioritario en esta etapa.

Una vez por mes, la Secretaría de Salud remitirá los formularios completos a la Región Sanitaria que le corresponda y esta, a su vez, los reenviará a la Comisión Provincial de Vigilancia de la Mortalidad del Ministerio de Salud.

Para que todas estas acciones se cumplan es importante que en todos los niveles (Hospital, Municipio, Región, Provincia) se identifiquen responsables, con nombre y apellido, pertenecientes al PMI, Nacer o ambos, que asuman la responsabilidad de llevar adelante este sistema, y registren minuciosamente los casos para tratar de evitar omisiones o superposiciones.

El formulario de denuncia “copia” muchos ítems contenidos en el Certificado de Defunción de manera de facilitar su llenado. No obstante, muchas veces la Historia Clínica del paciente (de contarse con ella) cuenta con información mas precisa sobre cada caso. De contarse con ella es importante priorizar a la misma como fuente de los datos.



## FORMULARIO DE DENUNCIA INMEDIATA DE CASOS DE MUERTES INFANTILES (Menores de 1 año)

### DATOS DEL LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

- Establecimiento asistencial público:  1
- Establecimiento asistencial privado:  2  
Código del Establecimiento: .....
- Nombre: .....
- Dirección: .....
- Vivienda:  3
- En traslado:  4
- Otro lugar (especificar):  5 .....
- No se sabe:  9

### DATOS DEL NIÑO FALLECIDO

- Nombre y apellido: .....
- Documento de Identidad: .....

#### • Domicilio habitual

Provincia: \_\_\_\_\_

Partido/Depto: \_\_\_\_\_

Ciudad/Localidad: \_\_\_\_\_

Dirección: .....

• Fecha de Muerte: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (formato dd/mm/aa)

• Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (formato dd/mm/aa)

Lugar de nacimiento:

Provincia: \_\_\_\_\_

Partido: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Sexo: masculino  1      femenino  2      indeterminado  3

Edad de la muerte: \_\_\_\_\_ Meses       Días       Horas

• Peso al nacer en gramos: \_\_\_\_\_      • Peso al morir en gramos: \_\_\_\_\_

• Niño nacido de un parto : simple  1      múltiple  2

(En caso de ser múltiple) el que produjo: \_\_\_\_\_ nacidos vivos  
\_\_\_\_\_ defunciones fetales

• Semanas completas de gestación: \_\_\_\_\_

• Contando hasta éste (inclusive) total de embarazos: \_\_\_\_\_

• Número hijos nacidos vivos que tuvo: \_\_\_\_\_      • Número de defunciones fetales: \_\_\_\_\_

**Cobertura familiar de atención:**

Obra Social 1 Plan Privado o Mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4 Plan Social 5  
Desconocido 9

**DATOS CORRESPONDIENTES A LA MADRE**

- Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: Analfabeta  Primaria incompleta   
Primaria Completa  Secundaria  Universitaria

**DATOS SOBRE ATENCIÓN DE ÚLTIMA ENFERMEDAD**

Tuvo atención medica durante la enfermedad que condujo a la muerte?

SI  1 NO  2

**Diagnósticos y causas de muerte según Informe Estadístico de Defunción**

**Enfermedad** o condición patológica que produjo la muerte directamente

a) .....  
.....Código:

**Causas antecedentes.** *Estados morbosos, si las hubiere,- que produjeron la causa arriba mencionada*

b) Debido A (o como consecuencia de).....Código:

c) Debido A (o como consecuencia de) **(CAUSA BÁSICA\*)**

.....Código:

**Otros estados morbosos** concomitantes que contribuyeron a la muerte no relacionados con la enfermedad que la produjo

.....Código:

**En caso de muerte violenta:**

• Indicar si fué por : Accidente  1 Homicidio  2 No se sabe  9

• Cómo se produjo: .....

• Lugar donde ocurrió el hecho: .....

**EVALUACION DEL COMITÉ LOCAL DE MORTALIDAD**

- Evaluación sobre la posible reducibilidad del caso.....

.....

.....

.....

- Sugerencias y comentarios estratégicos sobre el caso.....

.....

.....

.....

Fecha de Evaluación: / /

Apellido y Nombre del Evaluador: .....

Fecha de Entrada la Comité Provincial:    /    /

**\* Se entiende como CAUSA BASICA aquella que desencadenó la serie de procesos que condujo a la muerte**