



**FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD EXTRAINSTITUCIONAL
EN MENORES DE CINCO AÑOS
(Autopsia Verbal)**

Dirección Regional de Salud: _____ Red/Micro red: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Red: _____ Hosp./C.S./P.S : _____

Fecha de la entrevista/recojo de datos: ____/____/____
Día mes Año

Nombre y Apellidos del entrevistador: _____

Profesión: _____

Persona entrevistada: Madre () Padre () Abuela ()

I. IDENTIFICACIÓN

1. Fuente de información: HC () Madre () Padre () Certificado de Defunción ()
Otras (especificar) _____

2. Nombres y apellidos niña/niño: _____

3. Sexo: F () M () 4. Fecha de nacimiento ____/____/____
Día Mes Año

5. Lugar de nacimiento:

Departamento:

Provincia :

Distrito :

Localidad :

6. Fecha de defunción de la niña/niño ____/____/____
Día Mes Año

7. Lugar de defunción:

Departamento:

Provincia:

Distrito:

Localidad:

PREGUNTE AL INFORMANTE:

8. ¿Dónde vivía con regularidad la niña/niño?

Lugar de referencia:

9. ¿Que tiempo se demora usted para ir de su casa al EESS mas cercano por el medio de trasporte más usual?

VERIFIQUE ESTA INFORMACIÓN EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

10. Causa de defunción: (según certificado de defunción)
10.1: Causa terminal (a):
10.2 : Causa intermedia (b) :
10.3 : Causa básica (c):
10.4 Otras causas que contribuyeron a la muerte:
11. Lugar de ocurrencia de la defunción:
Hospital ó Clínica () C.S. () P.S. () Domicilio ()
Otros (Especificar)
12. Tipo de personal que certificó la defunción:
Médico () Otro profesional () No profesional ()
13. La persona que certificó la defunción:
Atendió al enfermo () Solo certifico la muerte () Necropsia médico legal ()

Observaciones: _____

II. PERFIL SOCIO FAMILIAR (Pregunte al informante)

14. Familia

	VIVE	EDAD	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN
La madre:				
El padre:				
Otro:				

15. ¿Cuántas personas viven en la casa:
Nº de hermanos vivos:
16. ¿Cuántas personas duermen en cada habitación?: ____
17. ¿Quien cuidaba habitualmente al niño en los últimos 30 días?
Madre () Padre () Otro familiar _____ Otros (especificar).....
18. Existe algún miembro de la familia que consume :Alcohol() Cigarro() Coca ()

OBSERVE Y DECIDA:

19. La vivienda esta ubicada en: Zona Urbana () Zona Rural ()

20. Durante la entrevista constate en la vivienda, cual es el principal material de:
Las paredes:
Los pisos:
El techo:
21. ¿El lugar donde cocina esta en el dormitorio?: SI () NO ()
22. ¿El tipo de combustible usado para cocinar es?:
Gas () Kerosene () Leña () Otros.....
23. ¿Existen animales domésticos en las habitaciones? Si () No ()
24. ¿El abastecimiento de agua en la casa es?:
Red pública dentro de la vivienda () Red pública fuera de la vivienda ()
Pilón / grifo público () Pozo en la casa / patio () Pozo Público ()
Manantial () Río/acequia () Camión / tanque () Otro ().....
25. ¿Como consume el agua?
Hervida: SI () NO () Clorada: SI () NO ()
26. ¿Cómo se realiza la disposición de excretas:
Red pública () Letrina () Campo abierto ()
27. ¿Cómo se realiza la disposición de basura:
Recolector () Quemado () Campo abierto () Río () Entierro ()

III. ANTECEDENTES DEL NIÑO/A (Pregunte y verifique)

28. ¿Que tipo de aseguramiento tuvo el niño/a?:
SIS () ESSALUD () Fuerzas Armadas y Policiales () Privados ()
No tuvo seguro ()

CONTROL PRENATAL Y NACIMIENTO: (solo cuando el fallecido es menor de un año, de lo contrario pasar a pregunta N° 34)

29. ¿Tiene la madre el carné de control prenatal de la gestación del niño/a fallecido?
SI () NO ()
30. ¿La madre tuvo control prenatal en el embarazo del niño/a fallecido?:
SI () NO () ¿cuántos Controles?.....
31. ¿Quien le realizó el último control? :
Médico () Enfermera () Obstetriz () Técnico de enfermería ()
32. ¿Qué enfermedades/problemas tuvo durante el embarazo?:
Anemia () Infección urinaria () Leucorrea () hipertensión ()
Otros (especifique):



33. ¿Qué signos y síntomas tuvo en el embarazo?:
Sangrado vaginal () Dolor de cabeza () Fiebre ()
Hinchazón () Pérdida de líquido vaginal () Otros.....
34. ¿En que lugar se atendió el parto:
Hospital () CS () PS () Casa ()
Otros (especificar).....
35. ¿Qué persona le atendió el parto?:
Médico () Técnico de enfermería ()
Enfermera () Promotor/partera ()
Obstetriz () Otro.....
36. ¿Tiene el informante el Carné de CRED de la niña/niño fallecido?
SI () NO ()
37. ¿Cuál fue el peso del niño/a al nacer?:g. Ignorado ()
38. ¿Cuál fue la Edad Gestacional en meses?:
39. ¿Recibió lactancia materna inmediatamente después del nacimiento?
SI () NO ()
40. ¿Hasta que edad recibió solo lactancia materna?
41. ¿El niño/a lactaba antes de la defunción: SI () NO ()
42. ¿El niño/a usaba: Biberón SI () NO ()
Chupón SI () NO ()
43. ¿El niño/a tenía las dosis completas de vacunas para su edad?(solo con carné)
SI () NO () Por qué?
44. ¿El niño/a tenía control de Crecimiento y Desarrollo adecuado para su edad?
SI () NO ()
45. ¿El niño/a recibía alimentación complementaria por algún programa nutricional?
SI () NO () Cual?
46. ¿Qué otras enfermedades tuvo el niño/a? enúncielas
.....
47. ¿Otro niño menor de 5 años falleció en la familia? SI () NO ()
48. Si es si, ¿Cuál fue la causa de fallecimiento?

IV. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (pregunte al informante)

49. ¿Cuanto tiempo estuvo enfermo el niño/a?

Interrogue a la madre/informante sobre la historia de la enfermedad y marque los siguientes signos y síntomas que presentó la niña/niño antes de su defunción:

	SI	NO	NO SABE
Fiebre			
Tos			
Diarrea			
Vómitos			
Convulsiones			
Ojos hundidos			
Cianosis			
Llanto sin lagrimas			
No podia beber o lactar			
Sangre en las heces			
Boca seca			
Sed aumentada			
Lesiones en la piel			
Ombiligo enrojecido			
Fontanela deprimida			
Orina poco			

	SI	NO	NO SABE
Inquieto, irritable			
Respiración rápida			
Ruidos raros al respirar			
Hundimiento de la piel debajo de las costillas			
Edemas			
Adelgazamiento extremo			
Palidez			
Difícil de despertar			
Balonamiento abdominal			
Otros.....			

50. En la última enfermedad ¿Dónde fue atendido la niña/niño?
P.S: () C. S. () Hospital () Clinica Particular () Otro (): Donde.....
51. ¿Qué persona lo atendió?
Médico () Enfermera () Obstetriz () Técnico de enfermería () Otro.....
52. ¿Cuántas veces lo atendió? :
53. ¿Que le dijeron que tenía?:
54. ¿Que le recetaron? (contrastarlo con lo que se registra en la HC del fallecido)

Medicamentos (nombre genérico)	Disponible en el EESS		Dosis vez	N° veces al día	Fecha inicio	Fecha termino
	Si	no				

55. ¿Cumplió con el tratamiento? SI () NO ()
56. Si es no; ¿porque?.....
57. ¿Le citaron al control? SI () NO ()
58. ¿Le recomendaron en que casos volver inmediatamente? Si () NO ()
59. Si la respuesta es si; ¿En que casos debía de hacerlo?:
- Tiene mucha fiebre o está muy frío ()
 - No puede beber ni comer ()
 - Vomita todo ()
 - Convulsiona ()
 - Duerme mucho o es difícil despertarlo ()
 - Otros: (Especificar)_____
60. Por las complicaciones ¿Le indicaron el traslado a otro establecimiento de salud?
Si () No ()

61. En caso de ser SI, ¿Se realizó el traslado? SI () NO ()

62. Si es NO; ¿Porque no se realizó?

.....

V. CONCLUSIONES DE LA AUTOPSIA VERBAL

a. Problemas de la Demanda relacionados con:

- El control prenatal ().....
- Las Inmunizaciones ()
- El conocimiento de los signos de alarma ()
- El Acceso:
Geográfico () Cultural () Económico ()
- El cuidado del paciente ()

b. Problemas de la Oferta relacionados con:

- Competencias del personal:
Evaluación () Diagnóstico () Tratamiento () Seguimiento ()
- Abastecimiento de medicamentos e insumos ()
- Referencia ()
- Promoción de la salud: Difusión de signos de alarma y/o peligro y prevención de la enfermedad ()