



PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección  
General

## FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DEL NEONATO

### I. DATOS DE LOS RESPONSABLES QUE APLICAN LA AUTOPSIA VERBAL:

1. DIRESA: \_\_\_\_\_
2. Red de Salud: \_\_\_\_\_
3. Micro red de Salud: \_\_\_\_\_
4. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_
5. Nombre y apellido del responsable del llenado de la ficha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. fecha de recolección de datos: dd/mm/aaaa: \_\_\_\_\_

### II. DATOS DE LOS INFORMANTES:

7. Persona a la que se entrevista: 1. Madre 2. Padre 3. Otros: especifique \_\_\_\_\_

### III. DATOS GENERALES:

#### LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE:

8. Dirección: \_\_\_\_\_
9. Comunidad/sector/barrio: \_\_\_\_\_
10. Distrito: \_\_\_\_\_
11. Provincia: \_\_\_\_\_
12. Departamento: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA DEFUNCIÓN NEONATAL:

13. Apellidos y nombres del neonato: Ap. Paterno: \_\_\_\_\_  
Ap. Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_
14. Sexo: 1. Masculino. 2. Femenino. 3. No determinado.
15. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_
16. Fecha de fallecimiento al morir: \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_

### IV. PERFIL SOCIO FAMILIAR:

- |   | Vive  | Edad  | Instrucción  | Procedencia | Ocupación |
|---|-------|-------|--|-------------|-----------|
| 18. Madre:  | _____ | _____ | _____  | _____       | _____     |
| 19. Padre:  | _____ | _____ | _____  | _____       | _____     |
| 20. La madre vive con su pareja:  | 1. Si | 2. No |  |             |           |
| 21. La madre integra algún comité de madres o grupo de ayuda en la comunidad: | 1. Sí | 2. No | si la respuesta es Sí indique nombre de la organización: | _____       |           |

22. Número de hijos(as) que ha tenido antes del actual fallecido: \_\_\_\_\_ vivos  
\_\_\_\_\_ muertos

23. Su anterior hijo(a) está vivo: 1. Vivo 2. Muerto.

24. Hace cuanto tiempo fue su último parto o aborto / perdida: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

25. El neonato que falleció fue hijo deseado: 1. Sí 2. No

**V. DATOS DE LA ATENCIÓN PRE NATAL** (Los ítems con (\*) deben ser verificados en la Historia clínica de la madre para consignar el dato)

26.- Fecha de última regla : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

27.- Tuvo atención pre natal : 1. Si 2. No

Si la respuesta es Si indique en que trimestre inicio su 1º control \_\_\_\_\_

28.- Tomó sulfato ferroso durante el embarazo (\*): 1. Si 2. No

29.- Se realizaron exámenes de laboratorio de sangre (\*): 1. Si 2. No

Tuvo resultados patológicos: indique cuales:

30.- Se realizaron exámenes de laboratorio de orina (\*): 1. Si 2. No

Tuvo resultados patológicos: indique cuales:

31.- Le señalaron a reconocer señales de peligro durante el embarazo: 1. Si 2. No

32.- tuvo complicaciones durante el embarazo (\*): 1. Si 2. No, si la respuesta es Si, indique que complicaciones presentó: \_\_\_\_\_

33.- Recibió consejos del personal de salud para el cuidado del bebé: 1. Si 2. No

34.- Tuvo plan de parto: 1. Si 2. No

**VI. DATOS ACERCA DEL PARTO Y NACIMIENTO** ( Los ítems con (\*) deben ser verificados en la historia clínica de la madre para consignar el dato)

35.- Lugar del parto o nacimiento (\*): 1. Domicilio 2. Hospital 3. Centro de Salud 4. Puesto de Salud  
5. Otro lugar: \_\_\_\_\_ (especifique)

36.- Si el parto fue en el domicilio, quien atendió el parto: 1. Personal de salud 2. Partera 3. Familiares  
4. Otro especifique \_\_\_\_\_

37.- Nacimiento del bebe: 1. De parto único 2. De parto múltiple

**Si el nacimiento fue en el establecimiento de salud: complete las siguientes preguntas:**

**Si el nacimiento fue en el domicilio; complete las siguientes preguntas:**

## VII. SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO:

54.- El / la bebe recibió control del personal de salud a la semana de nacido:

1. Si 2. No Lugar donde recibió el control: 1. Domicilio 2. Establecimiento de salud

55.- El / la bebé recibió control del personal de salud a la tercera semana de nacido:

1. Si 2. No Lugar donde recibió el control: 1. Domicilio 2. Establecimiento de salud.

57.- Cuanto tiempo después que notaron que el / la bebé estable esfermo fue atendido por el personal de salud:

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ no tuvo atención.

## VIII. DATOS DE LA RUTA PARA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO:

58.- Acuanto tiempo se encuentra el establecimiento de salud más cercano a su domicilio:

1.- El Centro de Salud más cercano \_\_\_\_\_ Hrs./Min. NS \_\_\_\_\_

2.- El Hospital más cercano \_\_\_\_\_ Hrs. / Min. NS \_\_\_\_\_

59.- ¿Cuáles son los medios de transporte utilizados para ir al establecimiento de salud en caso de emergencias?

## IX.- DETERMINACIÓN DE LA PROBABLE CAUSA DE MUERTE NEONATAL.

60.- Edad del recinacido al inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_ días / horas.

61.- Durante de la enfermedad. \_\_\_\_\_ días.

62.- Marque con una X en los casilleros los signos que presentó la niña o niño antes del fallecimiento. Para ello utilice el siguiente cuadro:

ITEMS	SINTOMA	MARCA
A	No lloró al nacer o demoró llorar al nacer	
B	Lloraba mucho (IRRITABILIDAD)	
C	No podía lactar / lactaba poco	
D	Vomitaba todo lo que tomaba (VOMITO)	
E	Respiraba agitado y/o con ruidos (DIFICULTAD PARA RESPIRAR)	
F	Estaba muy caliente o muy frío (FIEBRE O HIPOTERMIA)	
G	Se movía menos de lo normal o no podía despertar (LRTARGICO)	
H	Se puso moradito en sus cara, manos y cuerpo (CIANOSIS)	
I	Se puso pálido	
J	El ombligo estuvo rojo o con pus	
K	Tuvo ataques o temblores (CONVULSIONES)	
L	Su cuerpo estaba amarillo (ICTERICOS)	
M	Sus ojos estaban con pus	
N	Tenía granos con pus en todo el cuerpo	
O	Se le hinchó su barriga (DISTENSIÓN ABDOMINAL)	
P	Tuvo sangrado: vómitos y/o deposiciones con sangre, y/o manchas moradas en la piel.	
Q	Diarrea con sangre / pues o moco	
R	Tenía defectos físicos de nacimiento. ¿Cuáles?	

Los criterios para el diagnstico de probable causa básica son los siguientes:

- Dificultad respiratoria neonatal: para ello considere los ítems: E con o sin H + C
- Sepsis bacteriana del recién nacido: para ello considere los ítems: E con 3 o más del listado de signos y con antecedentes de factores de riesgo maternos como son: ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas, fiebre materna, parto séptico, líquido amniótico meconial mal oliente espeso o purulento, trabajo de parto prematuro, trabajo de parto prolongado mayor de 12 horas, corioamnionitis, infecciones maternas tales como infección urinaria y más de 6 tactos durante el trabajo de parto.
- Asfixia al nacer: para ello considere el ítem A.
- Otras causas (especifique) \_\_\_\_\_

**X. CONCLUSIONES:**

63.- ¿Cuáles fueron los factores extramurales que intervinieron en esta muerte?

64.- ¿Cuáles fueron los factores intra murales que intervinieron en esta muerte?

65.- Esta muerte pudo ser evitada: 1. Si ( ) 2. No ( )

Nombre y Firma del responsable  
Que aplicó la ficha.

Profesional