



PERÚ

Ministerio
de SaludFICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA
DE MUERTE PERINATAL

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE Y DEL FALLECIDO

1. DATOS GENERALES MATERNOS

Historia Clínica:

Dirección _____

Jr./Calle/Av./Barrio/Comité/Sector

Nº/Interior/Mz. - Lote

Urb./AA.HH

Distrito: _____

Provincia: _____

Departamento: _____

2. EDAD

--	--

Años

Ignorada

3. REFERENCIA DE LA MADRE

Si 1

No 2

Quién Refiere?

Ignorado 3

4. TIPO DE FALLECIDO

Fetal Tardía 1

Fet Intermedio 2

Neonatal Precoz 3

Neonatal Tardía 4

No Determinado 5

5. LUGAR DE FALLECIMIENTO

Hospital 1

C. Salud 2

P. Salud 3

Domicilio 4

Clínica 5

Otra 6

Ignorado 7

6. LUGAR DE NACIMIENTO

Hospital 1

C. Salud 2

P. Salud 3

Domicilio 4

Clínica 5

Otra 6

Ignorado 7

7. CONOCIMIENTO DEL CASO

Búsqueda Activa

Notificación

Ignorado

Establecimiento que reporta:

Establecimiento donde falleció:

8. SECTOR

MINSA

EsSalud

FF.AA.

P.N.P

Privado

Otro

Ignorado

II. ANTECEDENTES MATERNOS

10. ESCOLARIDAD

Analfabeta 1

Prin.aria 2

Secundaria 3

Técnico 4

Superior 5

Ignorado 6

11. ESTADO CIVIL

Soltera

Casada

Viuda

Divorciada

Conviviente

Ignorado

16. PRIMER CONTROL PRENATAL

No Hubo CPN

Antes de la Semana 14

De la 14 a la 27 Semana

De la 28'a la 36 Semana

De la 37 Semana y más

Ignorado

25. N° DE FETOS

Unico

Gemelos

Tres o más

Ignorado

26. SE REALIZA ESTIMULACIONES

Si

No

Método

Se Ignora

27. DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

No Hubo Trabajo de Parto

Menos de 3 horas

De 03 a 12 horas

Mayor de 12 horas

Ignorado

28. DURACIÓN DEL EXPULSIVO

No Hubo expulsivo

Menos de 30 horas

30 a 59 Minutos

60 a 120 Minutos

Más de 120 Minutos

Ignorado

12. OCUPACIÓN

Estable

Eventual

Sin Trabajo

Se Ignora

Tipo de ocupación _____

17. LUGAR

P. Salud 1

C. Salud 2

Hospital 3

Clínica 4

Consultorio Privado 5

Ignorado 6

29. ESTADO DEL FETO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

No Hubo Trabajo de Parto

no hubo Signos de Sufrimiento Fetal

Meconio Solamente

Sólo alteraciones de la FCF

Alteraciones de la FCF + Meconio

Muerte antes del Parto

Ignorado

13. ANTEC. CLINICO QUIRURGICOS

Ninguno

Hipertensión

Diabetes Mellitus

Anemia

Infección Urinaria

Cirugía sobre útero

Infertilidad

TBC

Otro

Ignorado

19. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

No se Clasifico

Bajo Riesgo

Alto Riesgo

Ignorado

30. COMPLICACIONES MATERNA DURANTE EL TRABAJO PARTO

Ninguna

No hubo Trabajo de Parto

Infección Amniótica

Pre Eclampsia - Eclampsia

Sangrado con Shock

Sangrado sin Shock

Alteraciones de la Dinámica Uterina

Otras

Ignorado

14. CONDICIONES EN ESTE EMBARAZO

Anemia

Infección Urinaria

Pre Eclampsia - Eclampsia

Sangrado mayor 24 semanas

Rot. Prematuro Membranas

TBC

Amenaza de Parto Prematuro

Coriamnionitis

Otras

Ignorado

Ninguno

20. ULTIMO CONTROL PRENATAL

< de 20 Semanas 1

21 - 27 Semanas 2

28 - 33 Semanas 3

34 - 36 Semanas 4

37 y más 5

Ignorado 6

21 QUIEN REALIZO EL CPN

Especialista Gineco Obstetra

Residente

Médico General

Interno

Obstetriz

Técnico

Enfermera

Otro

Ignorado

31. FORMA DE NACIMIENTO

Parto sin intervención

Podálico con Maniobras

Forceps

Vacum. Extractor

Cesárea antes del Trabajo de Parto

Cesárea durante el trabajo de Parto

Ignorado

15. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



IV. DATOS DEL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

22. FORMA DE INICIO

No hubo trabajo de parto

Espontáneo

Inducción

Ignorado

23. PRESENTACIÓN

Cefálica

Podálica

Transversa

Ignorado

24. MOTIVO DE LA INDUCCIÓN

Pre Eclampsia/Eclampsia

Enfermedad Materna

Otro

Ignorado

32. MOTIVO DE CESAREA

No Hubo Cesárea

Cesárea anterior

Parto Disfuncional

Sufriamiento en el trabajo

Podálico

Pre Eclampsia - Eclampsia

Placenta previa

Fallos de Inducción

Ignorado

E. Gemelar
Otros

33. TIPO DE ANESTESIA / ANALGESIA No hubo anestesia General Endotraqueal Epidural Raquídea Peridural continua Otra Ignorado	43. SEXO Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Ambiguo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	56. MOTIVO DE REINGRESO No Reingreso Dificultad Respiratoria Hemorragias Anomalías congénitas mayores Causas Metabólicas Infecciones Ignorado Otras: _____
34. QUIEN ADMINISTRO LA ANESTESIA No hubo anestesia Anestesiólogo Médico General Residente Enfermera Otro Ignorado	44. ESTADO AL NACER Muerto Intraparto Muerto Anteparto Vivo sin Patología Vivo con Patología Ignorado	
35. QUIEN REALIZO EM PARTO O CESAREA Autoayuda Especialista Gineco Obstetra Residente Médico General Otro Especialista Obstetriz Enfermera Interno Técnico Partera Familia Otro Ignorado	45. APGAR AL MINUTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 46. APGAR A LOS 5 MINUTOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 47. APGAR A LOS 10 MINUTOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	57. DIAGNOSTICOS DURANTE PERMANENCIA EN EL SERVICIO Asfixia Membrana Hialina Sind. Aspiratorio Bronconeumonía Sepsis Neonatal Infec. Intrauterina Crónica (TORCH) Prematuridad Trauma Obstétrico Isoinmunización Anomalías congénitas mayores Trastornos metabólicos Bronconeumonía Bajo Peso Otros
36. DONDE OCURRIO EL PARTO O CESAREA Puesto de Salud Centro de Salud Hospital Clínico Domicilio Traslado Consultorio Ignorado	48. REANIMACIÓN No se hizo Oxígeno Máscara y Bolsa Tubo Endotraqueal Masaje Cardíaco Medicación Ignorado Otro	58. EDAD AL FALLECER Horas: <input type="checkbox"/> Días: <input type="checkbox"/> Ignorado
V. DATOS DE NATIMUERTO O DEL RECIENTE VIVO FALLECIDO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)	49. ANTROPOMETRIA PESO Peso <input type="checkbox"/> gr. Ignorado <input type="checkbox"/> 50. ANTROPOMETRIA TALLA Talla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	59. FECHA Y HORA DE FALLECIMIENTO Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
37 FECHA Y HORA DEL PARTO Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	51. EXAMEN FISICO AL NACER Normal Anormal Especifique: _____ 52. MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO No ingreso APGAR Bajo Dificultad Respiratoria Metabólicas Prematuridad Hemorragias Inmadurez Anomalías Congenitas Mayores Trauma Obstétrico Infecciones Postmadurez Bajo Peso Ignorado Otras: _____	60. CAUSA DE MUERTE PERINATAL Final Intermedio Básico Asociado Ignorada
38. ATENDIDO POR: Neonatólogo Pediatra Gineco - Obstetra Médico General Anestesiólogo Obstetriz Enfermera Interno Técnico Enfermería Sanitaria Partera Familiar Otro Ignorado	53. LUGAR DE INGRESO No ingreso Cuidados Intensivos Cuidados intermedios Alojamiento Conjunto Emergencia Pediatría Ignorado	61. CAUSA DE MUERTE DETERMINADA MEDIANTE Historia Clínica Necropsia Autopsia Verbal No se determinó Ignorada
39. TIEMPO DE GESTACIÓN POR AMENOREA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas Ignorado <input type="checkbox"/>	54. REFERIDO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ignorado Causa _____	
40. TIEMPO DE GESTACIÓN POR EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas Ignorado <input type="checkbox"/>		
41. LIQUIDO AMNIOTICO Claro Meconial Fluido Meconial Espeso Fétido Hemorrágico Ignorado	55. REINGRESO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Servicio: _____ _____ _____ _____ _____	
42. ORDEN DE NACIMIENTOS Único 1er. Gemelar 2do. Gemelar Mayor o igual de 3 Ignorado		

**VII. DATOS NO MEDICOS
(AUTOPSIA SOCIAL)**
Llenar en todos los casos

64. PROCEDENCIA
Urbana
Rural
Urbano Marginal
Ignorada

65. DATOS DEL HOGAR

Agua y desagüe	Aqua	Excreta
Conectada a la red		
No conectada a la red		
Fuera del Hogar		
Luz Eléctrica	SI	NO
Nº Habitaciones		
Nº Dormitorios		
Nº Personas que habitan en casa de neonato fallecido		
Embarazo actual deseado	SI	NO
Los padres del perinato eran una pareja estable?	SI	NO

66. LIMITACIONES DE LA ATENCIÓN

¿Qué limitaciones tuvo la madre para su CPN?
Creencias
Situaciones Económicas
Transporte
Mala atención
Experiencia negativa
Idioma
Otros:

Factores que limitaron la atención durante la emergencia
Creencias
Situaciones Económicas
Transporte
Trámites complicados
Demora en la atención
Idioma
Mala atención
Se ignora
¿Especifique? _____

67. ANTES DE LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE ATENDIO POR:

Médico
Obstetriz
Enfermera
Técnico
Partera
Otro _____

¿Qué tipo de tratamiento recibe?

¿Porque escogieron este tipo de atención?

¿Alguien considero que no requería atención médica en su establecimiento de salud
Si
No

Familiar
Agente comunitario
Otros _____

¿Como fue la atención en el establecimiento?
Mala
Regular
¿Porque? _____

¿Qué explicaciones le dieron a la madre sobre la muerte del bebe?

Según su criterio ¿Cuál fue la causa de la muerte?

68. DATOS SOBRE LA DEMORA EN LA ATENCIÓN

(Opinión del Investigador)
¿Considera Ud. que hubo demora en el reconocimiento del problema del RN o de la madre?
Si No
¿Porque? _____

¿Considera Ud. que hubo demora en el traslado?
Si No
¿Porque? _____

¿Considera Ud. que hubo demora en la atención en el establecimiento
Si No
¿Porque? _____

¿Hubo demora en la Notificación?
Si No
¿Porque? _____

¿Hubo demora en la Investigación?
Si No
¿Porque? _____

69. DATOS DEL INFORMANTE

Nombre del Informante -

Parentesco o relación -

Vivía con el fallecido?

Fecha de la entrevista -

Otros Informantes -

Si No

70. INCLUIR DATOS QUE UD. CONSIDERE IMPORTANTES

71. DATOS DE LA PERSONA QUE LLENO LA FICHA

Nombre: _____

Cargo: _____

Establecimiento _____

Fecha: _____

Firma: _____

VI. AUTOPSIA VERBAL

Llena en muertes ocurridos fuera de los establecimientos de salud

Falleció súbitamente sin atención médica:

Si

No

Para el diagnóstico probable use el siguiente cuadro:

DIAG. GENERICO	DIAG. ESPECIFICO	DATOS MATERNOS Y DE PARTO	DATOS DEL NEONATO
ASFIXIA		Parto demorado. Líquido meconial. Pre Eclampsia - Eclampsia Sangrado Abundante. Expulsivo prolongado. Prolapso cordón Sangrado escaso, con útero contraido doloroso. Circular de cordón	No llora al nacer Cianosis generalizada Hipotonía Convulsiones Vista fija Pobre respuesta a estímulos Palidez
SINDROME DISTRESS RESPIRATORIA	Enfermedad de Membrana Hialina	Parto pretérmino. Líquido habitualmente claro. Enfermedad materna previa	Llanto débil Dificultad respiratoria * Tiraje * Respiración rápido * Quejido Cianosis Peso al nacer menor de 2000 gramos
	Síndrome Aspirativo	Parto habitualmente a término Líquido verde o hemorrágico Expulsivo prolongado	Respiración rápida. Cianosis Peso habitualmente mayor de 2000 gramos
INFECCIÓN (SEPSIS)		Trabajo de parto prolongado Infección Urinaria Fiebre Materna Líquido Amniótico fétido. Ruptura de Membrana mayor de 6 horas	Fiebre o Hipotermia. Succión podre Llanto débil. Escasa respuesta al estímulo Convulsiones(?). Distensión abdominal. Poco actividad. Vómito sanguinolento Signos de infección umbilical: mal olor pus
NEUMONIA	Neumonía Congénita	Fiebre materna. Pérdida de líquido más de 6 horas antes de parto Líquido amniótico con mal olor	Signos se presentaron en los primeros 3 días Respiración Rápida Pobre succión Fiebre o hipotermia Poca actividad
	Neumonía Adquirida		Fiebre, respiración rápida. Cansancio al lactar.
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA		No lactancia materna exclusiva	Deposiciones líquidas frecuentes con moco y/o sangre. Mucosas secas. Ojos hundidos. Llantos sin lágrimas.
TETANOS		No control prenatal No vacunación materna. Parto domiciliario.	Rigidez. Convulsiones. Signos de infección umbilical. Dificultad para succionar.
OTRAS PATOLOGIAS			
<hr/> <hr/>			
62. CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE: ¿Le Hicieron Necropsia? Si _____ No _____ Diagnóstico por Necropsia: _____		63. CAUSA DEL FALLECIMIENTO Causa Genético _____ Causa Específica _____ Causa No Determinada _____	
<hr/> <hr/>			