



PERÚ

Ministerio
de Salud



FICHA 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

N°/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 Tardia 1
Fet Intermedio 2
Neonatal Precoz 3
Neonatal Tardia 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
C. Salud
P. Salud
Domicilio
Clínica
Otra
Ignorado

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
Primaria 2
Secundaria 3
Técnico 4
Superior 5
Ignorado 6

11. ESTADO CIVIL

Soltera
Casada
Viuda
Divorciada
Conviviente
Ignorado

12. OCUPACIÓN

Estable
Eventual
Sin Trabajo
Se Ignora
Tipo de ocupación

13. ANTEC. CLINICO QUIRURGICOS

Ninguno
Hipertensión
Diabetes Mellitus
Anemia
Infección Urinaria
Cirugía sobre útero
Infertilidad
TBC
Otro
Ignorado

14. CONDICIONES EN ESTE EMBARAZO

Anemia
Infección Urinaria
Pre Eclampsia - Eclampsia
Sangrado mayor 24 semanas
Rot. Prematuro Membranas
TBC
Amenaza de Parto Prematuro
Corionamnionitis
Otras
Ignorado
Ninguno

15. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



III. DATOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

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

17. LUGAR

P. Salud 1
C. Salud 2
Hospital 3
Clínica 4
Consultorio Privado 5
Ignorado 6

19. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

No se Clasifico
Bajo Riesgo
Alto Riesgo
Ignorado

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

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

25. Nº 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

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

30. COMPLICACIONES MATERNAS 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

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

32. MOTIVO DE CESAREA

No Hubo Cesárea
Cesárea anterior
Parto Disfuncional
Sufrimiento en el trabajo
Podálico
Pre Eclampsia - Eclampsia
Placenta previa
Fallo 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	57. DIAGNOSTICOS DURANTE PERMANENCIA EN EL SERVICIO Asfixia Membrana Hialina Sind. Aspiratorio Bronconeumonía Sepsis Neonatal Infecc. Intrauterina Crónica (TORCH) Prematuridad Trauma Obstétrico Isoinmunización Anomalías congénitas mayores Trastornos metabólicos Bronconeumonía Bajo Peso Otros
35. QUIEN REALIZO EM PARTO O CESAREA Autoyuda Especialista Gineco Obstetra Residente Médico General Otro Especialista Obstetiz Enfermera Interno Técnico Partera Familia Otro Ignorado	45. APGAR AL MINUTO <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	58. EDAD AL FALLECER Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> Días: <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado
36. DONDE OCURRIO EL PARTO O CESAREA Puesto de Salud Centro de Salud Hospital Clínico Domicilio Traslado Consultorio Ignorado	46. APGAR A LOS 5 MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	59. FECHA Y HORA DE FALLECIMIENTO Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>
V. DATOS DE NATIMUERTO O DEL RECIEN NADICO VIVO FALLECIDO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)	47. APGAR A LOS 10 MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	60. CAUSA DE MUERTE PERINATAL Final _____ Intermedio _____ Básico _____ Asociado _____ Ignorada _____
37. FECHA Y HORA DEL PARTO Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	48. REANIMACIÓN No se hizo Oxígeno Mascarilla y Bolsa Tubo Endotraqueal Masaje Cardíaco Medicación Ignorado Otro	61. CAUSA DE MUERTE DETERMINADA MEDIANTE Historia Clínica Necropsia Autopsia Verbal No se determino Ignorada
38. ATENDIDO POR: Neonatólogo Pediatra Gineco - Obstetra Médico General Anestesiólogo Obstetiz Enfermera Interno Técnico Enfermería Sanitaria Partera Familiar Otro Ignorado	49. ANTROPOMETRIA PESO Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr. Ignorado <input type="checkbox"/>	
39. TIEMPO DE GESTACIÓN POR AMENOREA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Semanas Ignorado	50. ANTROPOMETRIA TALLA Talla <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
40. TIEMPO DE GESTACIÓN POR EXAMEN FISICO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Semanas Ignorado	51. EXAMEN FISICO AL NACER Normal Anormal Especifique: _____ _____ _____	
41. LIQUIDO AMNIOTICO Claro Meconial Fluido Meconial Espeso Fétido Hemorrágico Ignorado	52. MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO No ingreso APGAR Bajo Dificultad Respiratoria Metabólicas Prematuridad Hemorragias Inmadurez Anomalías Congénitas Mayores Trauma Obstétrico Infecciones Postmadurez Bajo Peso Ignorado Otras: _____	
42. ORDEN DE NACIMIENTOS Único 1er. Gemelar 2do. Gemelar Mayor o igual de 3 Ignorado	53. LUGAR DE INGRESO No ingreso Cuidados Intensivos Cuidados intermedios Alojamiento Conjunto Emergencia Pediatría Ignorado	
	54. REFERIDO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ignorado Causa _____ _____	
	55. REINGRESO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Servicio: _____ _____ _____ _____	

VII. DATOS NO MEDICOS (AUTOPSIA SOCIAL) Llenar en todos los casos			
64. PROCEDENCIA Urbana _____ Rural _____ Urbano Marginal _____ Ignorada _____		¿Como fue la atención en el establecimiento? Mala _____ Regular _____ ¿Porque? _____	70. INCLUIR DATOS QUE UD. CONSIDERE IMPORTANTES _____ _____ _____
65. DATOS DEL HOGAR Agua y desagüe Conectada a la red Agua Excreta No conectada a la red Fuera del Hogar Luz Eléctrica SI NO N° Habitaciones N° Dormitorios N° Personas que habitan en casa de neonato fallecido _____ Embarazo actual deseado SI NO Los padres del perinato eran una pareja estable? SI NO		¿Qué explicaciones le dieron a la madre sobre la muerte del bebe? _____ _____ _____ Según su criterio ¿Cuál fue la causa de la muerte? _____ _____	
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? _____		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? _____	
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 _____		69. DATOS DEL INFORMANTE Nombre del Informante _____ Parentesco o relación _____ Vivía con el fallecido? _____ Fecha de la entrevista _____ Otros Informantes _____ Si No	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 contraído 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 pobre 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 PATOLOGÍAS**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 _____
