

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades

ANEXO 2

**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE
MUERTE MATERNA**



I. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA (Llenar en todos los casos)

APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRE (S):	
EDAD: <input type="text"/> Años	DNI N° <input type="text"/>	N° HC: <input type="text"/>	<input type="text"/>
GRUPO ÉTNICO: Especificar:		ETNIA: Especificar:	
IDIOMA: español <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar _____			
NIVEL EDUCATIVO : Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
OCUPACIÓN:		TIPO DE SEGURO: SIS <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ No tiene seguro <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO HABITUAL: Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector <input type="text"/> N°/Interior/Manzana/Lote <input type="text"/> Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad <input type="text"/>			
DEPARTAMENTO: (Procedencia) <input type="text"/>		PROVINCIA: <input type="text"/>	DISTRITO: <input type="text"/>

II. DATOS DE FALLECIMIENTO (Llenar en todos los casos)

FECHA DE FALLECIMIENTO: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>		
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
FASE DEL PUEPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediato <input type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <input type="text"/> Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>			
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA: _____			
CATEGORÍA DEL EESS : I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
FECHA DE INGRESO AL EESS : Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		HORA DE INGRESO: Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>			
DEPARTAMENTO: (Fallecimiento) <input type="text"/>		PROVINCIA: <input type="text"/>	DISTRITO: <input type="text"/>

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS (Llenar en todos los casos)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS				
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	
<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Desnutrición crónica	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> OTRA _____	
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Violencia de género	<input type="checkbox"/> Desconocido	
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual)				
N° Gestaciones previas <input type="text"/>	N° Partos <input type="text"/>	N° Cesárea <input type="text"/>	N° Abortos <input type="text"/>	N° Nacidos vivos <input type="text"/>
N° Nacidos muertos <input type="text"/>	N° de hijos que viven <input type="text"/>	Período Intergenésico: _____ años _____ meses		
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual)				
No uso <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				

IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL (Llenar en todos los casos)**ATENCIÓN PRENATAL (APN)**ATENCIÓN PRENATAL: SI NO Primera Atención I Trimestre II Trimestre III Trimestre Número de APN

NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIÓNES PRENATALES: _____

CATEGORÍA DEL EESS : I-1 I-2 I-3 I-4 II-1 II-2 II-E III-1 III-2 III-E Desconocido SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS SI NO Número de visitas SE REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI NO RESPONSABLE DE LA APN: Méd. G-O Méd. residente Méd. general Obstetra Enfermera(o) Interno Técnico Otro: _____ Desconocido **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUEPERIO ACTUAL**TUVO COMPLICACIONES: SI NO Desconocido EMBARAZO: Hemorragia Preeclampsia/Eclampsia Síndrome de HELLP Diabetes gestacional Aborto Desnutrición RPM más de 12 horas Embarazo ectópico Infección tracto urinario Sepsis Óbito fetal Anemia Otro _____PARTO: Hemorragia Preeclampsia/Eclampsia Síndrome de HELLP Trabajo de parto prolongado Parto obstruido Parto distóxico Trabajo de parto precipitado Alumbramiento incompleto Otro Especificar: _____PUERPERIO: Hemorragia Atonía uterina Preeclampsia/Eclampsia Síndrome de HELLP Sepsis Endometritis Retención de restos placentarios Depresión posparto Otro _____**REFERENCIA**Referida: SI NO Nº de referencias institucionales: EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: _____

FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____

FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE EGRESO: Horas _____ Minutos _____

TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: _____ Días _____ Horas _____

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN EN EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Méd. G-O Méd. intensivista Méd. residente Méd. general Obstetra Enfermera(o) Interno Técnico Otro: _____ Desconocido

DEPARTAMENTO: (EESS origen de referencia) _____ PROVINCIA: _____ DISTRITO : _____

INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL EESS ESSALUD EESS SSFFAA/PNP EESS Privado

EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: _____

FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____

HOSPITALIZACIONESHOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO: SI NO CUÁNTAS REQUIRIO TRANSFUSIÓN: SANGRE SI NO EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI NO FECHA DE PARTO o ABORTO : Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida No aplica LUGAR DE PARTO O ABORTO : Domicilio En EESS Otro Especificar: _____ No aplica TIPO DE PARTO : Vaginal Cesárea Instrumentado Desconocido No aplica RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO O ABORTO: Méd. G-O Méd. intensivista Méd. residente Méd. general Obstetra Enfermera Interno Técnico Partera Familiar Otro: _____ Desconocido NECROPSIA: SI NO DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10: _____

V. DATOS DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO (Llenar en todos los casos)		
IDENTIFICARON SIGNOS DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
PERSONA QUE IDENTIFICÓ SIGNOS PELIGRO: Ella misma <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
BUSCARON AYUDA : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Ella misma <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORÓ EN BUSCAR AYUDA O ATENCIÓN DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS: _____ Horas _____ Minutos		
SE TUVO DIFICULTAD CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ESPECIFICAR: Inaccesibilidad geográfica <input type="checkbox"/> Distancia <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Creencias /Costumbres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORÓ DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA LLEGAR AL EESS: _____ Horas _____ Minutos		
TUVO DIFICULTADES PARA SER ATENDIDA EN EL EESS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: Económicas <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/>		
Administrativas/Trámites <input type="checkbox"/> Demora en Atención <input type="checkbox"/> Mala atención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORÓ DESDE QUE LLEGO AL EESS HASTA QUE FUE ATENDIDA: _____ Horas _____ Minutos		
PERSONA QUE BRINDÓ INFORMACIÓN Y RELACIÓN CON LA FALLECIDA: Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		
Partera <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
VI. DATOS COMUNITARIOS (LLENAR SOLO EN CASO DE MUERTE MATERNA EXTRAINSTITUCIONAL Y CASOS ESPECIALES*)		
SINTOMATOLOGÍA O MOLESTIAS : Sangrado <input type="checkbox"/> Pérdida de líquido <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sensación de alza térmica <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pérdida/alteración del estado de conciencia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS DURANTE EL PARTO : No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS PARA RETIRAR PLACENTA: No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO ESTIMADO DEL DOMICILIO AL EESS MÁS CERCANO (Vía usual) Horas: _____ Minutos: _____		
TIPO DE ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO : Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		
VII. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todo los casos, revisado por el CPMMyP)		
CAUSA FINAL:		CIE-10
CAUSA INTERMEDIA:		<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA BÁSICA:		<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
CAUSA ASOCIADA:		<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
		<input type="checkbox"/> Otra causa: _____
CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE: Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/>		
VIII. DEMORAS		
1ra DEMORA	En la Identificación del problema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2da DEMORA	En la decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3ra DEMORA	En acceder a los servicios de salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4ta DEMORA	En recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____		
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIÉN INVESTIGA:		CARGO:
FIRMA Y SELLO:		
PROFESIÓN: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Estadístico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		

*En caso de una muerte materna institucional procedente o no de una referencia institucional y ocurridas inmediatamente después de ingresada la paciente o con permanencia en el establecimiento de salud menor de 24 horas, en donde no existiera datos clínicos suficientes.

1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: La gestante, la familia o la comunidad no reconocieron los signos de alarma.

2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.

3ra DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD: Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. 4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO: Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.