






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

  		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: <input type="text"/>		ETNIA: Especificar: <input type="text"/>		
IDIOMA: español <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/>				
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: <input type="text"/> TIPO DE SEGURO: SIS <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/> No tiene seguro <input type="checkbox"/>				
DOMICILIO HABITUAL:				
<small>Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector</small>		<small>N°/Interior/Manzana/Lote</small>		<small>Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad</small>
DEPARTAMENTO: (Procedencia)		PROVINCIA:		DISTRITO:
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 PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediano <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 <input type="text"/> 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: <input type="text"/>				
NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA: <input type="text"/>				
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: <input type="text"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				
DEPARTAMENTO: (Fallecimiento)		PROVINCIA:		DISTRITO:
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS (Llenar en todos los casos)				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS				
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Violencia de género	<input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Desnutrición crónica <input type="checkbox"/> OTRA <input type="text"/> <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 Inter-genésico: <input type="text"/> años <input type="text"/> 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"/>				

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

IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL (Llenar en todos los casos)		
ATENCIÓN PRENATAL (APN)		
ATENCIÓN PRENATAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Primera Atención I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> Número de APN <input style="width: 50px;" type="text"/>		
NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES: _____		
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-2 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Número de visitas <input style="width: 50px;" type="text"/> REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
RESPONSABLE DE LA APN: Méd. G-O <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"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>		
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL		
TUVO COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
EMBARAZO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> RPM más de 12 horas <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otro: _____		
PARTO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Parto distócico <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado <input type="checkbox"/> Alumbramiento incompleto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
PUERPERIO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Otro: _____		
REFERENCIA		
Referida: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de referencias institucionales: <input style="width: 50px;" type="text"/> 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 <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"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>		
DEPARTAMENTO: (EESS origen de referencia)	PROVINCIA:	DISTRITO :
INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS SSFFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>		
EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: _____		
FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: Día _____ Mes _____ Año _____ HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____		
HOSPITALIZACIONES		
HOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁNTAS <input style="width: 50px;" type="text"/>		
REQUIRIO TRANSFUSIÓN: SANGRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FECHA DE PARTO o ABORTO : Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE PARTO O ABORTO : Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No aplica <input type="checkbox"/>		
TIPO DE PARTO : Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO O ABORTO: 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 <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>		
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10 _____		

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

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 DEMORO 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: Inaccessibilidad geográfica <input type="checkbox"/> Distancia <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Creencias /Costumbres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORO 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 DEMORO 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 EXTRA INSTITUCIONAL 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)	CIE-10	CAUSA GENÉRICA
CAUSA FINAL:		<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA INTERMEDIA:		<input type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
CAUSA BÁSICA:		<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
CAUSA ASOCIADA:		<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:		FIRMA Y SELLO:
CARGO:		
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 reconoció 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.

3era 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.