




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

 		<b>ANEXO 2</b> <b>FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA</b>		
<b>I. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA</b> (Llenar en todos los casos)				
<b>APELLIDO PATERNO:</b>		<b>APELLIDO MATERNO:</b>		<b>NOMBRE (S):</b>
<b>EDAD:</b> <input type="text"/> Años	<b>DNI N°</b> <input type="text"/>	<b>N° HC:</b> <input type="text"/>		
<b>GRUPO ÉTNICO:</b> Especificar: _____		<b>ETNIA:</b> Especificar: _____		
<b>IDIOMA:</b> Español <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar _____				
<b>NIVEL EDUCATIVO :</b> 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"/>				
<b>ESTADO CIVIL:</b> 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"/>				
<b>OCUPACIÓN:</b> _____ <b>TIPO DE SEGURO:</b> SIS <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ No tiene seguro <input type="checkbox"/>				
<b>DOMICILIO HABITUAL:</b>				
Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector		N°/Interior/Manzana/Lote		Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad
<b>DEPARTAMENTO:</b> (Procedencia)		<b>PROVINCIA:</b>		<b>DISTRITO:</b>
<b>II. DATOS DE FALLECIMIENTO</b> (Llenar en todos los casos)				
<b>FECHA DE FALLECIMIENTO:</b> Día _____ Mes _____ Año _____			<b>HORA DEL FALLECIMIENTO:</b> Horas _____ Minutos _____	
<b>MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:</b> Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				
<b>FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ:</b> Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediano <input type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				
<b>EDAD GESTACIONAL</b> (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) <input type="text"/> Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>				
<b>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</b> 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: _____				
<b>NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA:</b> _____				
<b>CATEGORÍA DEL EESS :</b> 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"/>				
<b>FECHA DE INGRESO AL EESS :</b> Día _____ Mes _____ Año _____			<b>HORA DE INGRESO:</b> Horas _____ Minutos _____ No aplica <input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:</b> 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"/>				
<b>DEPARTAMENTO:</b> (Fallecimiento)		<b>PROVINCIA:</b>		<b>DISTRITO:</b>
<b>III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS</b> (Llenar en todos los casos)				
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>				
<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	
<b>ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS</b> (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"/>	<b>Período Intergenésico:</b> ___ años ___ meses		
<b>USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO:</b> (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**

<b>IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL</b> (Llenar en todos los casos)	
<b>ATENCIÓN PRENATAL (APN)</b>	
<b>ATENCIÓN PRENATAL:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Primera Atención</b> I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> <b>Número de APN</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES:</b> _____	
<b>CATEGORÍA DEL EESS :</b> 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"/>	
<b>SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Número de visitas</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABLE DE LA APN:</b> 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"/>	
<b>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL</b>	
<b>TUVO COMPLICACIONES:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>EMBARAZO:</b> 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 _____	
<b>PARTO:</b> 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: _____	
<b>PUERPERIO:</b> 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 _____	
<b>REFERENCIA</b>	
<b>Referida:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>N° de referencias institucionales:</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> _____
<b>FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> Día ____ Mes ____ Año ____ <b>HORA DE INGRESO:</b> Horas ____ Minutos ____	
<b>FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> Día ____ Mes ____ Año ____ <b>HORA DE EGRESO:</b> Horas ____ Minutos ____	
<b>TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:</b> _____ Días _____ Horas	
<b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN EN EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:</b> 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"/>	
<b>DEPARTAMENTO:</b> (EESS origen de referencia)	<b>PROVINCIA:</b>
<b>DISTRITO :</b>	
<b>INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA:</b> EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS SSFFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>	
<b>EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:</b> _____	
<b>FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:</b> Día ____ Mes ____ Año ____ <b>HORA DE INGRESO:</b> Horas ____ Minutos ____	
<b>HOSPITALIZACIONES</b>	
<b>HOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>CUÁNTAS</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>REQUIRIO TRANSFUSIÓN:</b>	<b>SANGRE</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>EXPANSORES PLASMÁTICOS:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>FECHA DE PARTO o ABORTO :</b> Día ____ Mes ____ Año ____ Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
<b>LUGAR DE PARTO O ABORTO :</b> Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ No aplica <input type="checkbox"/>	
<b>TIPO DE PARTO :</b> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO O ABORTO:</b> 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"/>	
<b>NECROPSIA:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10</b> _____	

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

<b>V. DATOS DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO</b> (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: 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 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: _____		
<b>VI. DATOS COMUNITARIOS</b> (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 CPMMMyP)	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		
<b>1ra DEMORA</b>	En la Identificación del problema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>2da DEMORA</b>	En la decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>3ra DEMORA</b>	En acceder a los servicios de salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4ta DEMORA</b>	En recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIÉN INVESTIGA:</b>	<b>CARGO:</b>	<b>FIRMA Y SELLO:</b>
<b>PROFESIÓN:</b> 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 24horas, 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.