

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

ANEXO 02: FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE MUERTE MATERNA (FIEMM)

I. DATOS DE LA FALLECIDA (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)

APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____
EDAD <input type="text"/>	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOL <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> CONV <input type="checkbox"/> VIU <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/>	GRUPO ETNICO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Espc. _____
OCUPACION: _____	DNI N° _____	_____
ULTIMO NIVEL DE ESTUDIO _____	_____	_____
RESIDENCIA HABITUAL (últimos doce meses) _____	Dirección _____	
Comunidad/Localidad _____	Distrito _____	Provincia _____ Region _____
AFILIADA AL SIS : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiene otro tipo de seguro: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Especifique _____

II. DATOS DEL FALLECIMIENTO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS AL FINALIZAR LA INVESTIGACION)

INSTITUCION DONDE FALLECIO : Minsa <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> FF. AA. <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTR <input type="checkbox"/> Especificar _____	_____								
DISA/DIRESA/GERESA/OTRO _____	_____								
ESTABLECIMIENTO QUE INVESTIGA _____	COD. UBIG. <input type="text"/>								
LUGAR DE FALLECIMIENTO: Establecimiento de salud según categoría <table border="1"><tr><td>I-1</td><td>I-2</td><td>I-3</td><td>I-4</td><td>II-1</td><td>II-2</td><td>III-1</td><td>III-2</td></tr></table> <input type="checkbox"/> Privad <input type="checkbox"/> Trayec <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Otro	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2	Especificar _____
I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2		
Localidad _____	Distrito: _____								
Provincia: _____	Región: _____								
MOMENTO DE FALLECIMIENTO: <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPERIO <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA <input type="text"/> <input type="text"/> hh/mm								

CAUSAS DE MUERTE MATERNA (Llenar por el profesional al final de la investigación):	CODIGO DE CIE - 10
CAUSA FINAL _____	
CAUSA INTERMEDIA _____	
CAUSA BASICA _____	
CAUSA ASOCIADA _____	
CLASIFICACION FINAL DE MUERTE MATERNA: <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL	
NECROPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO _____	CODIGO CIE 10 _____

III. ANTECEDENTES (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:	Gestaciones anteriores <input type="text"/>	N° Abortos <input type="text"/>	N° Nacidos Vivos <input type="text"/>	N° Nacidos Muertos <input type="text"/>	N° Hijos vivos <input type="text"/>
	(No incluye actual)				
	N° Cesareas <input type="text"/>	N° Partos Eutocicos <input type="text"/>	Periodo intergenésico <input type="text"/>	años/meses	
REGULACION DE LA FECUNDIDAD:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> OTRO				
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	<input type="checkbox"/> SIN ANTECED. <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HTA CRONICA <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> OTRAS - ITS <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> ENF. RENAL <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> OTRO				
Especifique: _____					

IV.- ULTIMA GESTACION, ABORTO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL (LLENAR EN TODO LOS CASOS)

EMBARAZO	FECHA ULTIMA REGLA <input type="text"/>	SEMANA DE GESTACION AL FALLECER <input type="text"/>	ATENCION PRENATAL (APN): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/>								
LUGAR APN:	Establecimiento de salud según categoría <table border="1"><tr><td>I-1</td><td>I-2</td><td>I-3</td><td>I-4</td><td>II-1</td><td>II-2</td><td>III-1</td><td>III-2</td></tr></table> <input type="checkbox"/> CLINICA PRIVADA <input type="checkbox"/> CONS PRIVA <input type="checkbox"/> OTRO	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2		NUMERO TOTAL DE APN <input type="text"/>
I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2				
TUVO VISITA DOMICILIARIA:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
COMPLICACION EMBARAZO ACTUAL:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuales <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIE <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> DESNUTRIC <input type="checkbox"/> OTRO									
Especifique: _____											

ABORTO:	FECHA <input type="text"/>	HORA <input type="text"/>	TIPO <input type="checkbox"/> INDUCIDO <input type="checkbox"/> ESPONTANEO								
LUGAR	Establecimiento de Salud según categoría <table border="1"><tr><td>I-1</td><td>I-2</td><td>I-3</td><td>I-4</td><td>II-1</td><td>II-2</td><td>III-1</td><td>III-2</td></tr></table> <input type="checkbox"/> CLIN <input type="checkbox"/> CONS. PART <input type="checkbox"/> DOM <input type="checkbox"/> OTRO	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2		Especificar _____
I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2				
ATENCION:											
ATENDIO EL ABORTO	<input type="checkbox"/> G-O <input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> OBS <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> PARTERA <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/> OTRO		Especificar: _____								
COMPLICACIONES ABORTO:	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> INFECCION <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> OTRO		Especificar:: _____								
EVACUACION UTERINA:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LEGRADO <input type="checkbox"/> AMEU										

PARTO:		FECHA :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hh/mm	TIPO DE PARTO:	<input type="checkbox"/> VAGINAL	<input type="checkbox"/> CESAREA	<input type="checkbox"/> INSTRUMENTADO	<input type="checkbox"/> IGNORADO	
LUGAR		Establecimiento de Salud según categoría							CONS. PART	DOM	OTRO	Especificar _____		
ATENCIÓN:		<input type="checkbox"/> 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"/> III-1	<input type="checkbox"/> III-2	<input type="checkbox"/> CLIN	<input type="checkbox"/> CONS. PART	<input type="checkbox"/> DOM	<input type="checkbox"/> OTRO	
ATENDIO EL PARTO		<input type="checkbox"/> G-O	<input type="checkbox"/> RES	<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> OBS	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> ENF	<input type="checkbox"/> TEC	<input type="checkbox"/> PART	<input type="checkbox"/> FAM	<input type="checkbox"/> OTRO	Especificar _____	
COMPLICACIONES EN EL PARTO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PERIODO EN LA QUE SE COMPLICO EL PARTO					<input type="checkbox"/> I PERIODO	<input type="checkbox"/> II PERIODO	<input type="checkbox"/> III PERIODO			
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IGN	TIEMPO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas		
TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO:		<input type="checkbox"/> PROLONGADO > 12 HORAS			<input type="checkbox"/> PRECIPITADO < 3 HORAS			<input type="checkbox"/> De 3 a 12 HORAS		<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> IGN			
ALUMBRAMIENTO:		<input type="checkbox"/> Completo		<input type="checkbox"/> Incompleto		<input type="checkbox"/> Placenta retenida > 30 min		<input type="checkbox"/> IGN						
PUERPERIO :		FECHA :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hh/mm						
LUGAR		Establecimiento de Salud según categoría							CONS. PART	DOM	OTRO	Especificar _____		
ATENCIÓN:		<input type="checkbox"/> 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"/> III-1	<input type="checkbox"/> III-2	<input type="checkbox"/> CLIN	<input type="checkbox"/> CONS. PART	<input type="checkbox"/> DOM	<input type="checkbox"/> OTRO	
ATENDIO EL PUERPERIO		<input type="checkbox"/> G-O	<input type="checkbox"/> RES	<input type="checkbox"/> MED	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> OBS	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> ENF	<input type="checkbox"/> TEC	<input type="checkbox"/> PART	<input type="checkbox"/> FAM	<input type="checkbox"/> OTRO	Especificar _____	
COMPLICACIONES EN PUERPERIO:		<input type="checkbox"/> Endometritis		<input type="checkbox"/> Eclampsia		<input type="checkbox"/> Hemorragia por desgarro		<input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios		<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Otro			
Especificar: _____														
ETAPA DEL PUERPERIO EN LA QUE SE COMPLICO		<input type="checkbox"/> INMEDIATO		<input type="checkbox"/> MEDIATO		<input type="checkbox"/> TARDIO		<input type="checkbox"/> IGN						
SE REALIZO PROCEDIMIENTOS		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	COMPLICACIONES PROCED					<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Especifique _____			
HOSPITALIZACION														
HOSPITALIZACION EN LA GESTACION ACTUAL:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	HOSPITALIZACION DURANTE:					<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> ABORTO	<input type="checkbox"/> PARTO	<input type="checkbox"/> PUERPERIO		
FECHA DE INGRESO:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORA:	<input type="text"/>	Hr	REINGRESO :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO					
Nº HISTORIA CLINICA		<input type="text"/>					EDAD GESTACIONAL AL INGRESO	<input type="text"/>						
REFERIDO:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: _____										
DISTRITO:		PROVINCIA:			REGION:									
TIEMPO REFERENCIA DEL EE.SS. ORIGEN AL EE.SS. DESTINO:		<input type="text"/> HORAS			<input type="text"/> MINUTOS									
MOTIVO DE LA REFERENCIA:		_____												
DIAGNOSTICO DE INGRESO:		_____												
REFERENCIA OPORTUNA:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TIEMPO DE PERMANENCIA:					DIAS	<input type="text"/>	HORAS	<input type="text"/>		
REQUIRIO TRANSFUSION:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EXPANSORES PLASMATICOS:					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SANGRE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DIFICULTAD PARA OBTENER SANGRE:		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI		Especifique: _____								
TIENE BANCO DE SANGRE:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TIPO:		<input type="checkbox"/> TIPO I	<input type="checkbox"/> TIPO II							
V. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION (LLENAR EN TODOS LOS CASOS IGUAL AL CERTIFICADO DE DEFUNCION)														
CAUSAS DE FALLECIMIENTO REPORTADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION:														
CAUSA FINAL: _____														
CAUSA INTERMEDIA _____														
CAUSA BASICA _____														
CAUSA ASOCIADA: _____														
VI. DATOS DEL RECIEN NACIDO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)														
SEXO:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	PESO AL NACER grs.	<input type="text"/>	ESTADO RECIEN NACIDO:	<input type="checkbox"/> Nacido vivo	<input type="checkbox"/> Obito Ante parto	<input type="checkbox"/> Obito Intra parto	<input type="checkbox"/> Se Ignora					
EDAD GESTACIONAL (CAPURRO)	<input type="text"/>	SEMANAS	APGAR	Al minuto	<input type="text"/>	A Cinco Minutos	<input type="text"/>							
VII. DATOS COMUNITARIOS PARA MUERTES OCURRIDAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (MUERTE MATERNA EXTRA INSTITUCIONAL)														
¿QUE USARON PARA AYUDAR AL PARTO?		<input type="checkbox"/> NADA		<input type="checkbox"/> MANIOBRAS		<input type="checkbox"/> MEDICINA TRADICIONAL		<input type="checkbox"/> OTROS		Especifique _____				
¿QUE HICIERON PARA RETIRAR LA PLACENTA?		<input type="checkbox"/> NADA		<input type="checkbox"/> MANIOBRAS		<input type="checkbox"/> MEDICINA TRADICIONAL		<input type="checkbox"/> OTROS		Especifique _____				
Con los datos recolectados en los ítems anteriores determina la probable causa de muerte utilizando para ello el anexo A														
CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE (CAUSA GENERICA):		<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA		<input type="checkbox"/> HIPERTENSION		<input type="checkbox"/> INFECCION		<input type="checkbox"/> ABORTO						
OTRAS CAUSAS:		_____												

VIII. INFORMACION DEL ENTORNO SOCIAL (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)TIEMPO ESTIMADO DESDE EL DOMICILIO DE LA PACIENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MAS CERCANO (VIA USUAL): Hr MinCATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD IDENTIFICADO COMO MAS CERCANO LA FAMILIA Y LA GESTANTE TENIAN CONOCIMIENTO DE LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL SI NO ¿VIVIA CON SU PAREJA? SI NO ¿RECONOCIERON QUE LA SITUACION ERA DE RIESGO? SI NO ¿QUIEN RECONOCIO LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD?

ELLA MISMA	PAREJA	FAMILIA	SUEGRA	PARTERA	PROMOTOR
------------	--------	---------	--------	---------	----------

¿CUANTO TARDO DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA QUE DECIDIO PEDIR ATENCION? Horas¿QUIEN TOMO LA DECISION DE SOLICITAR AYUDA?

ELLA MISMA	PAREJA	FAMILIA	SUEGRA	PARTERA	PROMOTO	IGN
------------	--------	---------	--------	---------	---------	-----

¿SABIA A DONDE ACUDIR? SI NO ¿CUANTO TIEMPO DEMORO PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO LUEGO DE DECIDIR PEDIR ATENCION? Horas¿CUANTO TIEMPO DEMORO DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA QUE LLEGO A UN ESTABLECIMIENTO? Horas¿CUANTO TIEMPO DEMORO DESDE QUE LLEGO AL ESTABLECIMIENTO HASTA QUE FUE ATENDIDA? Horas MinFACTORES QUE LIMITARON LA ATENCION DURANTE LA EMERGENCIA:

ECONOMICO	TRAMITE COMPLICADOS	DEMORA EN ATENCION	IDIOMA
-----------	---------------------	--------------------	--------

MALA ATENCION IGN OTRO Especificar: _____TUVO ATENCION SANITARIA ANTES DE LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FALLECIO: SI NO PERSONA QUE ATENDIO ANTES DE LLEGAR AL EE.SS

MED	OBST	ENF	TEC	PART	PROMOTOR	IGN	OTRO
-----	------	-----	-----	------	----------	-----	------

 Esp.: _____COMO CONSIDERA QUE FUE LA ATENCION EN EL ESTABLECIMIENTO QUE FALLECIO

BUENA	REGULAR	MALA	NO RECIBIO ATENCION	IGN
-------	---------	------	---------------------	-----

PERSONAS QUE PARTICIPARON EN BRINDAR LA INFORMACION Y SU RELACION CON LA FALLECIDA:

MADRE PADRE ABUELO(A) ESOSO PARTERA TIO(A) VECINO OTRO Especificar: _____NIVEL DE ATENCION CORRESPONDIA AL MANEJO DE LA EMERGENCIA OBSTETRICA SI NO

PARA EL CASO DE MUERTE DOMICILIARIA, INDIQUE TRES MOTIVOS POR LOS CUALES NO ACUDIO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

_____**10. DATOS DE LA PERSONA QUE DESARROLLO LA INVESTIGACION (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)**

NOMBRE: _____

CARGO: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA: PROFESION:

MEDICO	OBSTETRIZ	ENFERMERA	OTRO
--------	-----------	-----------	------

FIRMA _____

Nombre y Apellidos del Jefe del Establecimiento de salud: _____

Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de salud: _____

Nombre y Apellidos del Presidente del Comité de Prevención de muerte materna y perinatal: _____

Firma del Presidente del Comité de Prevención de muerte materna y perinatal: _____

ANEXO

PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO PROBABLE AYUDESE CON EL SIGUIENTE CUADRO:

GENERICO	ESPECIFICO	SINTOMAS Y SIGNOS
HEMORRAGIA	ECTOPICO	Embarazo menor de 22 semanas. Sangrado vaginal escaso. Dolor abdominal intenso. Palidez. Sudoración.
	PLACENTA PREVIA	Embarazo de 22 semanas o más. Sangrados vaginales previos. Sangrado vaginal abundante sin contracciones uterinas.
	EMBARAZO MOLAR	Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas (células del útero que ayudan a formar la placenta), después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo. Se clasifica en 3 variedades: mola hidatiforme, mola infiltrante y coriocarcinoma.
	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	Embarazo de 22 semanas o más. Sangrado vaginal generalmete escaso. Contracciones uterinas. Utero contraído doloroso.
	ROTURA UTERINA	Cese de contracciones uterinas. Palidez. Sudoración. Antecedente de trabajo de parto prolongado, maniobras para ayudar al parto, cesárea anterior. Con o sin sangrado vaginal escaso.
	RETENCION DE PLACENTA	Placenta retenida por más de 30 min. Sangrado vaginal abundante. Palidez. Sudoración.
	ATONIA UTERINA	Primeras horas postparto. Sangrado vaginal abundante. El útero no se contraía.
HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO	PRE ECLAMPSIA SEVERA	Embarazo mayor de 22 semanas. Cefalea. Edema generalizado. Visión borrosa. Zumbido de oídos. Transtornos de la conciencia. Puede presentarse coma.
	ECLAMPSIA	Signos de toxemia severa más convulsiones.
INFECCION	CORIOAMNIONITIS	Embarazo de 22 semanas o más. Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas. Fiebre. Secreción maloliente por vagina.
	ENDOMETRITIS	Puérpera. Fiebre. Loquios malolientes. Palidez. Sudoración.
ABORTO	INFECTADO	Embarazo menor de 22 semanas. Aborto inducido. Fiebre. Secreción maloliente por vagina. Palidez. Sudoración.
	CON HEMORRAGIA	Embarazo menor de 22 semanas. Embarazo no deseado. Sangrado vaginal abundante. Dolor Abdominal. Palidez. Sudoración. Sin fiebre.
OTRAS	TUBERCULOSIS	Diagnóstico de TBC pulmonar. Adelgazada. Tos persistente. Disnea intensa.

OTRA PATOLOGIA _____