

NTS N° 227 - MINSA/CDC - 2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

	PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades			
ANEXO N° 4 FICHA DE AUTOPSIA VERBAL DE MUERTE MATERNA							
I. DATOS DE LA FALLECIDA							
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):			
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____		Nº DNI/CARNET DE EXT.: _____		EDAD: _____ (años)			
OCUPACIÓN: _____ GRUPO ÉTNICO: Especif: _____ PUEBLO INDÍGENA*: Especif: _____							
HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA**: Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, ¿hablaba castellano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
DOMICILIO HABITUAL (de la fallecida):							
Type de vía (Jr./Calle/Avenida)	Nombre de la vía	Nº puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre de agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia
DEPARTAMENTO: (Procedencia de la fallecida)		PROVINCIA:		DISTRITO:			
II. DATOS DE FALLECIMIENTO							
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____				
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:							
¿La mujer murió en estado de gestación?: SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses de embarazo tenía la fallecida?: _____ No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>							
¿La mujer murió durante el parto o en trabajo de parto (Dilatación, expulsivo, alumbramiento) ?: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
¿La mujer murió después del parto? (después de la salida de la placenta): SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
DEPARTAMENTO: (Donde ocurrió la muerte)		PROVINCIA:		DISTRITO:			
III. ANTECEDENTES							
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS - SOCIALES (Describir si la fallecida tenía enfermedades, problemas sociales, problemas familiares - escribir tal cual lo refiera el entrevistado)							
Liste las Enfermedades/problems		Desde cuando la tenía		Tratamiento recibido			
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)							
Nº Embarazos previos <input type="checkbox"/>		Nº Partos vaginales <input type="checkbox"/>		Nº partos por cesárea <input type="checkbox"/>			
Nº Nacidos vivos <input type="checkbox"/>		Nº Nacidos muertos <input type="checkbox"/>		Nº de hijos que viven <input type="checkbox"/>			
Fecha del parto/aborto anterior: Día _____ Mes _____ Año _____				Nº Abortos (Hasta las 21 semanas) <input type="checkbox"/>			
				Provocados: <input type="checkbox"/>			
				Espontáneos: <input type="checkbox"/>			
IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL							
Atención prenatal (APN): SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántas APN tuvo? <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>				
Llenar en sólo para mujeres que hubieran tenido PARTO o ABORTO							
Fecha de parto o aborto: Día _____ Mes _____ Año _____ Desconocida <input type="checkbox"/>							
Lugar de parto o aborto: Domicilio <input type="checkbox"/> En establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>							
Tipo de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>							
Responsable de la atención parto o aborto: Médico Gineco Obstetra <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>							
¿Se realizaron maniobras durante el embarazo, parto, o para retirar la placenta? Indicar cuáles:							
La fallecida ingirió algún preparado/medicamento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Explique cual: _____							
Fue indicado/recetado por: Personal de salud <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Explique: _____							
¿Dónde y cómo lo adquirió? Explique: _____							

*De la lista de pueblos indígenas u originarios. **Lista de lenguas indígenas u originarias.

V. DEMORAS

¿Identificaron signos de peligro?: SI NO Explique: _____

Inicio de síntomas o signos de peligro: Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: Hrs _____ Min _____

¿Quién identificó los signos peligro?: Ella misma Pareja Familiar Otro Especificar: _____

¿Buscaron ayuda?: SI NO Explique (A quienes buscaron para pedir ayuda, registrar en orden): _____

¿Quién tomó la decisión de buscar ayuda?: Ella misma Pareja Familiar Otro Especificar: _____

¿Cuánto tiempo 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 NO Explique (inaccesibilidad geográfica, distancia, transporte, creencias /costumbres, otro): _____

¿Tiempo que demoró desde el inicio de sus molestias hasta llegar al EESS?: _____ Horas _____ Minutos

Solo para las que llegaron a EESS

¿Tuvo dificultades para ser atendida en el EESS?: SI NO Explique (económicas, idioma, trámites, demora en atención, mala atención, otro): _____

Tiempo que demoró desde que llegó al EESS hasta que fue atendida: _____ Horas _____ Minutos

¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano?: Puesto de Salud Centro de Salud Hospital

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al hospital más cercano?: Hrs: _____ Min: _____ Vía usual: _____ (carretera, a pie, bote)

¿Cuánto tiempo demora en llegar del domicilio al centro/puesto de salud más cercano?: Hrs: _____ Min: _____ Vía usual: _____ (carretera, a pie, bote)

VI. PROBABLES CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Escribir tal cual lo refiera el entrevistado)

SIGLOS y SÍNTOMAS

¿Qué síntomas o molestias tenía la fallecida y desde cuándo? (Sangrado, palidez, pérdida de líquido, flujo mal oliente, dolor, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, convulsiones, hinchazón de cara, dolor en el estómago, debilidad, ansiedad, cefalea, parto obstruido/niño no podía nacer, etc.)

Recuerde las últimas 72 horas (3 días) de vida de la fallecida: ¿Qué sucedió? ¿Realizó algún viaje recientemente?

Nombre de la persona que brindó información: _____ **Lugar de la entrevista:** _____

Relación con la fallecida: Madre Padre Pareja Partera Vecino Familiar Otro Especificar: _____

OBSERVACIONES: Anote otra información relevante: _____

NOMBRES Y APELLIDOS QUE REALIZA LA AUTOPSIA VERBAL:	FECHA Y HORA:
PROFESIÓN Y CARGO:	FIRMA Y SELLO: