



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° 2	
FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA						
I. DATOS DE LA FALLECIDA						
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):		
NACIONALIDAD: Peruana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____		N DNI/CARNET DE EXT.: _____		N° HC: _____		
EDAD: _____ Años		GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____		PUEBLO INDÍGENA*: Especificar: _____		
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"/>				
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"/> Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar _____ No tiene <input type="checkbox"/>				
DOMICILIO HABITUAL:						
Tipo de vía (Jr./Calle/Avenida)	Nombre de la vía	N° puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre agrupamiento	Manzana	Lote
DEPARTAMENTO: (Procedencia)		PROVINCIA:		DISTRITO:		
II. DATOS DE FALLECIMIENTO						
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____			HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas _____ Minutos _____			
DEPARTAMENTO: (Fallecimiento)		PROVINCIA:		DISTRITO:		
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo*** <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>		≥ 43 días - < 1 año (tardía) <input type="checkbox"/> ≥ 1 año (Por secuelas) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>				
FASE DEL PUERPERIO 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) _____		Semanas _____		Desconocido <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS MINSA/Gobierno Regional <input type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>		Traslado referencia institucional <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____				
NOMBRE DEL EESS DE FALLECIMIENTO (solo para muerte institucionales) _____						
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 _____ Mes _____ Año _____		HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____				
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico G-O <input type="checkbox"/> Médico intensivista <input type="checkbox"/> Médico residente <input type="checkbox"/> Médico 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="checkbox"/> _____ Desconocido <input type="checkbox"/>				
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS						
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 (Embarazos y partos/abortos anteriores, no incluir embarazo actual)						
N° Embarazos previos _____		N° Total partos _____		N° Cesáreas _____		N° Abortos _____
N° de hijos que viven _____		Período intergenésico: _____ años _____ meses		Complicaciones en embarazos anteriores: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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"/>				

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

***Incluye embarazo que termina en aborto, embarazo molar, ectópico.

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

IV. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

ATENCIÓN PRENATAL (APN)

ATENCIÓN PRENATAL: SI ☐ NO ☐ Primera atención: I Trimestre ☐ II Trimestre ☐ III Trimestre ☐ N° de APN

NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES 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 ☐ N° de visitas SE REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI ☐ NO ☐

RESPONSABLE DE LA APN: Médico G-O ☐ Médico residente ☐ Médico general ☐ Obstetra ☐ Enfermera(o) ☐
Interno ☐ Técnico ☐ Otro ☐ : _____ Desconocido ☐

COMPLICACIONES

TUVO COMPLICACIONES: SI ☐ 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 ☐ Especificar: _____

PARTO: Hemorragia ☐ Preeclampsia/Eclampsia ☐ Síndrome de HELLP ☐ Trabajo de parto prolongado ☐
Parto obstruido ☐ Parto distócico ☐ 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 ☐ N° DE REFERENCIAS INSTITUCIONALES:

CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA:

FECHA DE INGRESO AL EESS: Día ____ Mes ____ Año ____ HORA DE INGRESO: Horas ____ Minutos ____

FECHA DE EGRESO DEL EESS: Día ____ Mes ____ Año ____ HORA DE EGRESO: Horas ____ Minutos ____

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Médico G-O ☐ Médico intensivista ☐ Médico residente ☐ Médico general ☐
Obstetra ☐ Enfermera(o) ☐ Interno ☐ Técnico ☐ Otro: ☐ _____ Desconocido ☐

NOMBRE DEL EESS: _____

DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____

CONSIGNAR DATOS RELACIONADOS AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:

FECHA DE INGRESO AL EESS: Día ____ Mes ____ Año ____ HORA DE INGRESO: Horas ____ Minutos ____

INSTITUCIÓN: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL ☐ EESS EsSALUD ☐ EESS FFAA/PNP ☐ EESS Privado ☐

NOMBRE DEL EESS: _____

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

ATENCIONES - HOSPITALIZACIONES (embarazo, parto o puerperio actual)

HOSPITALIZACIONES: SI ☐ NO ☐ CUÁNTAS EMBARAZO MÚLTIPLE: SI ☐ NO ☐ N° de fetos

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 ☐

MANEJO ACTIVO PARTO TERCER PERIODO (extracción placenta): SI ☐ NO ☐

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO/ABORTO: Médico G-O ☐ Médico intensivista ☐ Médico residente ☐ Médico general ☐
Obstetra ☐ Enfermera ☐ Interno ☐ Técnico ☐ Partera ☐ Familiar ☐ Otro ☐ Especificar: _____ Desconocido ☐

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

V. DEMORAS (Llenar en todos los casos, revisado por el CPMMFyN)			
1ra DEMORA: Identificación del problema	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	3ra DEMORA: Acceder a los servicios de salud
2da DEMORA: Decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	4ta DEMORA: Recibir tratamiento adecuado y oportuno
VI. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todos los casos, revisado por el CPMMFyN)		CIE-10	CAUSA GENÉRICA
CAUSA FINAL:			<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Trastorno hipertensivo <input type="checkbox"/> Infección obstétrica <input type="checkbox"/> Otras directas <input type="checkbox"/> Indirectas <input type="checkbox"/> Incidentales <input type="checkbox"/> Otra
CAUSA INTERMEDIA:			
CAUSA BÁSICA:			
CAUSA ASOCIADA:			
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10 _____			
VII. CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE:			
DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL <input type="checkbox"/> TARDÍA DIRECTA <input type="checkbox"/> TARDÍA INDIRECTA <input type="checkbox"/> POR SECUELA <input type="checkbox"/>			
VIII. ANÁLISIS DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL			
MM ANALIZADA EN CPMMFyN: Hospitalario/Instituto <input type="checkbox"/> MICRORED/RED <input type="checkbox"/> Regional/DIRIS <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> No analizada <input type="checkbox"/>			
ACTA DE COMITE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE ANÁLISIS DE LA MUERTE: Día ____ Mes ____ Año ____			
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"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			