

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"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/>		Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/>				
SECUNDARIA INCOMPLETA <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	Nº puerta	Tipo de agrupamiento (Urb./AAHH/Barrio/Comunidad)	Nombre agrupamiento	Manzana	Lote	Referencia
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"/> ≥ 43 días - < 1 año (tardío) <input type="checkbox"/>	Parto <input type="checkbox"/> ≥ 1 año (Por secuelas) <input type="checkbox"/>	Puerperio <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: _____ 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)			
Nº Embarazos previos _____	Nº Total partos _____	Nº Cesáreas _____	Nº Abortos _____
Nº Nac. vivos _____	Nº Nac. muertos _____		
Nº 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 PUEPERIO

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 ATENCIÓNES 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 <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 <input type="checkbox"/>	Especificar: _____	

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 distóxico <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: <input type="checkbox"/> _____	

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 <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"/>
	Otro: <input type="checkbox"/> _____			Desconocido <input type="checkbox"/>

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 _____

ATENCIÓNES - 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 PERÍODO (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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2da DEMORA: Decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	4ta DEMORA: Recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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 COMITÉ: 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"/>					