

ANEXO 1

	PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Salud Pública	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	
NOTIFICACIÓN						
I. DATOS DE NOTIFICACIÓN						
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día ____ Mes ____ Año ____			FECHA DEL EVENTO: Día ____ Mes ____ Año ____			
DIRIS/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA: _____			NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE: _____			
IDENTIFICADO POR: <input type="radio"/> Vigilancia activa (Búsqueda activa institucional) <input type="radio"/> Vigilancia pasiva						
II. DATOS DE LA PACIENTE						
APELLIDO PATERNO: _____		APELLIDO MATERNO: _____		NOMBRE (S): _____		
EDAD: ____ Años		NACIONALIDAD: <input type="radio"/> Peruana <input type="radio"/> Otros, especif. _____		N° DNI/CARNÉ DE EXT.: _____		N° HC: _____
TIPO DE SEGURO: <input type="radio"/> SIS <input type="radio"/> EsSalud <input type="radio"/> Sanidad FFAA/PNP <input type="radio"/> EPS/Privado <input type="radio"/> Otros, especificar _____ <input type="radio"/> No tiene seguro						
DEPARTAMENTO: (Lugar de procedencia)		PROVINCIA:		DISTRITO:		
III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (Puede marcar más de un criterio)						
SISTEMA O APARATO AFECTADO	CRITERIO CLÍNICO	LABORATORIO		INTERVENCIONES - MANEJO		
CARDIOVASCULAR	<input type="radio"/> 1.Shock <input type="radio"/> 2.Paro cardíaco	<input type="radio"/> 3.pH < 7,1 pH: _____ <i>(Acidosis severa)</i> <input type="radio"/> 4. Lactato > 5 mmol /l o 45 mg/dl Lactato: _____ mmol/l o mg/dl <i>(Hipoperfusión severa)</i>		<input type="radio"/> 5. Administración continua de agentes vasoactivos ¿Cuál/es?: _____ <input type="radio"/> 6. Reanimación cardiopulmonar		
RESPIRATORIO	<input type="radio"/> 7. Cianosis aguda <input type="radio"/> 8. Respiración jadeante <input type="radio"/> 9. FR > 40 rpm <i>(Taquipnea severa)</i> <input type="radio"/> 10. FR < 6 rpm <i>(Bradipnea severa)</i>	<input type="radio"/> 11. Saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 1 hora o PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg <i>(Hipoxia severa)</i>		<input type="radio"/> 12. Intubación y ventilación, no relacionadas con la anestesia ¿Cuántos días?: _____		
RENAL	<input type="radio"/> 13. Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	<input type="radio"/> 14.Creatinina: ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl Creatinina: _____ μmol/l o mg/dl <i>(azotemia aguda severa)</i>		<input type="radio"/> 15. Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda		
HEMATOLÓGICO/ DE LA COAGULACIÓN	<input type="radio"/> 16. Alteraciones de la coagulación <i>(no formación de coágulo)</i>	<input type="radio"/> 17. Plaquetas < 50.000 plaquetas/ml _____ plaquetas/ml <i>(Trombocitopenia aguda severa)</i>		<input type="radio"/> 18. Transfusión de ≥ 3 vol N° de unidades: _____ <i>(Transfusión masiva de unidades de sangre, glóbulos rojos, hemoderivados, paquete globular)</i>		
HEPÁTICO	<input type="radio"/> 19. Ictericia en presencia de preeclampsia	<input type="radio"/> 20. Bilirrubina > 100 μmol/l o > 6 mg/dl <i>(Hiperbilirrubinemia aguda severa)</i> Bilirrubina: _____ μmol/l o mg/dl				
NEUROLÓGICO	<input type="radio"/> 21. Coma/Pérdida de conocimiento > 12 horas <input type="radio"/> 23. Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/> 22. Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico <input type="radio"/> 24. Parálisis generalizada				
DISFUNCIÓN UTERINA/ MANEJO ESPECÍFICO			<input type="radio"/> 25. Histerectomía <i>(Después de infección o hemorragia uterina)</i> <input type="radio"/> 26. Ingreso a UCI > 72 horas: N° ____ horas			
IV. DATOS DE INGRESO AL EESS						
INGRESO AL EESS: FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____			HORA: Hrs ____ Min ____ DX INGRESO – CIE 10: _____			
INGRESO A UCI: FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____			HORA: Hrs ____ Min ____ DX INGRESO - CIE 10: _____			
REQUERIMIENTOS DE URGENCIA: <input type="radio"/> Sangre/ hemoderivados <input type="radio"/> Atención médica especializada/RRHH <input type="radio"/> Otros: _____						
CONDICIÓN AL INGRESO: <input type="radio"/> Gestante: EG: ____ semanas						
<input type="radio"/> Púérpera <input type="radio"/> Otros <i>(Post aborto/ectópica)</i> : _____ Tiempo de terminación de la gestación: ____ hrs ____ días						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO TRATANTE O JEFE DE GUARDIA:				FIRMA Y SELLO (N° de colegiatura - RNE, según corresponda)		

NTS N° 174 - MINSA/2021/CDC
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (Completar al egreso de la paciente viva, en el EESS donde se completó la atención)

V. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO ACTUAL

REFERENCIA: VINO REFERIDA DE OTRO EESS: SI NO NÚMERO DE TOTAL DE REFERENCIAS:

Registrar en orden cronológico, los EESS que refirieron a la paciente:

NOMBRE DEL EESS 1: _____ FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____

NOMBRE DEL EESS 2: _____ FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____

NOMBRE DEL EESS (Última referencia): _____ FECHA (última referencia): Día ____ Mes ____ Año ____ HORA: hrs ____ min ____

ATENCIÓN PRENATAL (APN): SI NO EG Inicio de APN: _____ semanas Número de APN: _____

EDAD GESTACIONAL (Al egreso/parto/aborto): _____ Semanas Desconocida

TÉRMINO DE GESTACIÓN: Parto vaginal Parto por cesárea Aborto Embarazo continua Otro: _____ N° DE FETOS

FECHA EN QUE TERMINÓ LA GESTACIÓN: Día ____ Mes ____ Año ____ Desconocida LUGAR DE PARTO/ABORTO: EESS Domicilio Otro: _____

VI. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

Antecedentes patológicos

Ninguno Diabetes mellitus Enfermedad hepática Preeclampsia/ Eclampsia Hipertensión crónica Cardiopatía

TBC Enfermedad renal Enfermedad neoplásica VIH/SIDA/ITS Otra _____ Desconocido

Antecedentes obstétricos (Indicar número total de gestaciones anteriores sin incluir la gestación actual)

Gestaciones previas Partos Vaginales Cesárea Nacidos vivos Nacidos muertos Hijos vivos

Abortos Período Inter-genésico: _____ años meses

VII. COMPLICACIONES MATERNAS (En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)

Hemorragia: Relacionada con aborto Placenta acreta/increta/percreta Placenta Previa Desprendimiento de placenta

Hemorragia post parto Atonía uterina Rotura uterina Embarazo ectópico Otras: _____

Hipertensión: Hipertensión crónica Hipertensión gestacional Pre eclampsia Eclampsia Sd. De HELLP

Infección: Relacionada con aborto Endometritis puerperal Corioamionitis Otras infecciones _____

Otras condiciones: Trastornos metabólicos Enfermedad hepática Cardiopatía Enfermedad renal Enfermedad neoplásica

Malaria/Dengue VIH/SIDA/ITS TB Otras condiciones _____

VIII. INTERVENCIONES RECIBIDAS (En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)

Tratamiento de: Hemorragia post parto: Oxitocina Misoprostol Ergometrina Otros uterotónicos/procedimientos: _____

Hipertensión (anticonvulsivos para eclampsia): Sulfato de magnesio Otro anticonvulsivo: _____

Infección: Antibióticos (excluir profilaxis) **Maduración pulmonar fetal:** Corticoesteroides

Otras intervenciones/tratamiento: Remoción de restos ovulares Alumbramiento manual Otros especificar: _____

SOLO EN CASO DE MUJERES QUE TUVIERON PARTO (vaginal o cesárea) O ABORTO:

Para prevención de hemorragia post parto/aborto: Oxitocina Misoprostol Ergometrina Otros uterotónicos: _____

Antibióticos (profilácticos para cesárea): SI NO

Anestesia/analgesia: General Epidural/ Peridural Raquídea Otros: _____

IX. OTROS DATOS DE LA PACIENTE

GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____ **ETNIA:** Especificar: _____

NIVEL EDUCATIVO: Ninguno Primaria inc. Primaria com. Secundaria Inc. Secundaria com. Superior universitaria completa

Superior universitaria incompleta Superior técnica completa Superior técnica incompleta Desconocido

ESTADO CIVIL: Soltera Casada Conviviente Divorciada Separada Viuda Desconocido

X. DATOS DE EGRESO (Al egreso de la paciente viva)

EGRESO DE UCI: FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____ HORA: hrs ____ min ____ No aplica

EGRESO DEL EESS: FECHA: Día ____ Mes ____ Año ____ HORA: hrs ____ min ____

DX EGRESO – CIE 10: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO INICIADO: Hormonal DIU Barrera Quirúrgico Abstinencia Periódica Otro _____ No uso

CONDICIÓN DE EGRESO: Viva sin secuelas Viva con secuelas Otro: _____

NOMBRE DEL EESS DE EGRESO (donde completó atención): _____

OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESP. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	CARGO:	FIRMA Y SELLO

PROFESIÓN: Médico especialista Médico general Obstetra Enfermera Otro: _____