

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: <u>LORETO</u>			NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE: <u>HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS</u>		
IDENTIFICADO POR: ☐ Vigilancia activa (Búsqueda activa institucional) ☐ Vigilancia pasiva					
II. DATOS DE LA PACIENTE					
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE (S):	
EDAD: ____ Años		NACIONALIDAD: ☐ Peruana ☐ Otros, especif. _____		N° DNI/CARNÉ DE EXT.: ____ N° HC: ____	
TIPO DE SEGURO: ☐ SIS ☐ EsSalud ☐ Sanidad FFAA/PNP ☐ EPS/Privado ☐ Otros, especificar _____ ☐ No tiene seguro					
DEPARTAMENTO: (Lugar de procedencia) <u>LORETO</u>		PROVINCIA: <u>ALTO AMAZONAS</u>		DISTRITO: <u>YURIMAGUAS</u>	
III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA <i>(Puede marcar más de un criterio)</i>					
SISTEMA O APARATO AFECTADO	CRITERIO CLÍNICO	LABORATORIO	INTERVENCIONES - MANEJO		
CARDIOVASCULAR	☐ 1.Shock ☐ 2.Paro cardíaco	☐ 3.pH < 7,1 pH: _____ <i>(Acidosis severa)</i> ☐ 4. Lactato > 5 mmol /l o 45 mg/dl Lactato: _____ mmol/l o mg/dl <i>(Hipoperfusión severa)</i>	☐ 5. Administración continua de agentes vasoactivos ¿Cuál/es?: _____ ☐ 6. Reanimación cardiopulmonar		
RESPIRATORIO	☐ 7. Cianosis aguda ☐ 8. Respiración jadeante ☐ 9. FR > 40 rpm <i>(Taquipnea severa)</i> ☐ 10. FR < 6 rpm <i>(Bradipnea severa)</i>	☐ 11. Saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 1 hora o PaO2/FiO2 < 200 mmHg <i>(Hipoxia severa)</i>	☐ 12. Intubación y ventilación, no relacionadas con la anestesia ¿Cuántos días?: _____		
RENAL	☐ 13. Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	☐ 14.Creatinina: ≥ 300 µmol/l o ≥ 3,5 mg/dl Creatinina: _____ µmol/l o mg/dl <i>(azotemia aguda severa)</i>	☐ 15. Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda		
HEMATOLÓGICO/ DE LA COAGULACIÓN	☐ 16. Alteraciones de la coagulación <i>(no formación de coágulo)</i>	☐ 17. Plaquetas < 50.000 plaquetas/ml _____ plaquetas/ml <i>(Trombocitopenia aguda severa)</i>	☐ 18. Transfusión de ≥ 3 vol N° de unidades: _____ <i>(Transfusión masiva de unidades de sangre, glóbulos rojos, hemoderivados, paquete globular)</i>		
HEPÁTICO	☐ 19. Ictericia en presencia de preeclampsia	☐ 20. Bilirrubina > 100 µmol/l o > 6 mg/dl <i>(Hiperbilirrubinemia aguda severa)</i> Bilirrubina: _____ µmol/l o mg/dl			
NEUROLÓGICO	☐ 21. Coma/Pérdida de conocimiento > 12 horas ☐ 23. Accidente cerebrovascular	☐ 22. Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico ☐ 24. Parálisis generalizada			
DISFUNCIÓN UTERINA/ MANEJO ESPECÍFICO			☐ 25. Histerectomía <i>(Después de infección o hemorragia uterina)</i> ☐ 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: ☐ Sangre/ hemoderivados ☐ Atención médica especializada/RRHH ☐ Otros: _____					
CONDICIÓN AL INGRESO: ☐ Gestante: EG: ____ semanas ☐ Puerpera ☐ Otros <i>(Post aborto/ectópico)</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 Abortos		Nacidos vivos Nacidos muertos Hijos vivos 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/incrета/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: _____			