

**COMITÉ DE ESTRATEGIAS PARA
LA REDUCCIÓN DE LA
MORTALIDAD DE LA INFANCIA.
LINEAMIENTO DE OPERACIÓN
2015**

D.R. © Secretaría de Salud

“Comité de Estrategias para la Reducción de la mortalidad en la Infancia. Lineamiento de Operación”.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Francisco de P. Miranda 177, Col. Merced Gómez

Delegación. Álvaro Obregón, C.P. 01600

México, Distrito Federal.

Primera actualización diciembre 2014

Directorio

Secretaría de Salud

María de las Mercedes Martha Juan López
Secretaria de Salud

Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo Del Sector Salud.

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
Director General

Dra. Verónica Carrión Falcón
Directora del Programa de Atención a la Salud
de la Infancia y la Adolescencia

Dr. José de Jesús Méndez de Lira
Subdirector Técnico de Infancia

Comité Editorial

Coordinador Editorial

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
Director General

Consejo Editorial

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Verónica Carrión Falcón
Directora del Programa de Atención a la
Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Dr. José de Jesús Méndez de Lira
Subdirector Técnico de Infancia.

Dra. Velia Rosas Benítez
Supervisora Médica en Área Normativa. Responsable de la Coordinación de Estrategias para
la Reducción de Mortalidad de la Infancia/

E.S.P. María Teresa Tanguma Alvarado
Enfermera General "C". Apoyo Técnico de la Coordinación de Estrategias para la Reducción
de Mortalidad de la Infancia.

Dirección General de Epidemiología

Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)

Dra. Alma Guillermina Ramírez Zamora.
Responsable Estatal de Mortalidad en la Infancia.

Benito Solano Hernández.
Apoyo administrativo del Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y la
Adolescencia.

Dra. María del Carmen Chávez García.
Coordinadora Estatal del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Menor y el Adolescente

Dra. Ailed Ludmila Hernández Parra.
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Tratamiento de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.

Lic. en Pedagogía Fabiola Posada Rodríguez.
Responsable Estatal del Programa para la Prevención de Accidentes y Seguridad Vial.

Dra. María del Socorro Suarez Delgadillo.
Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital para la Mujer del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Dr. Isidoro Tejocote Romero
Coordinador del servicio de Hemato-Oncología del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Dra. Norma Aracely López Facundo.
Oncólogo Peditra adscrito al Hospital Materno Infantil del ISSEMyM

Índice

Introducción.....	8
Capítulo I. Antecedentes y justificación.....	9
Capítulo II. Marco Legal.....	11
Capítulo III. Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia (COERMI)	
III.1 Objetivo del Comité	12
III.2 Integrantes.....	12
III.3 Funciones del responsable del COERMI	13
Capítulo IV. Autopsia Verbal como instrumento de vigilancia epidemiológica	14
IV.1 Propósito.....	14
IV.2 Características	13
IV.3 Metodología	15
Capítulo V. Documentos de apoyo para el Comité.....	17
Capítulo VI. Envío de Información a nivel Federal.....	18
Capítulo VII. Criterios de evaluación.....	19
Capítulo VIII. Anexos.....	23
VIII.1. Minuta del COERMI	24
VIII.2. Instructivo Minuta del COERMI.....	25
VIII.3. Cédula Autopsia verbal de defunción por enfermedad diarreica.....	26
VIII.4. Instructivo cédula de Autopsia Verbal por enfermedad diarreica.....	33
VIII.5. Dictamen de la autopsia de defunción por enfermedad diarreica.....	38
VIII.6. Instructivo de Dictamen de la autopsia de defunción por enfermedad diarreica.....	44
VIII.7. Cédula de Autopsia verbal de defunción por infección respiratoria aguda.....	44
VIII.8. Instructivo de Cédula de Autopsia verbal de defunción por infección respiratoria aguda.....	50
VIII.9. Dictamen de la autopsia de defunción por infección respiratoria aguda.....	54
VIII.10. Instructivo Dictamen de la autopsia de defunción por infección respiratoria aguda	56
VIII.11. Autopsia Verbal por Otras Causas Prioritarias en los Menores de 10 años.....	59
VIII.12. Instructivo Autopsia Verbal por Otras Causas Prioritarias en los menores de 10 años	91
VIII.13. Dictamen Autopsia Verbal por Otras Causas Prioritarias en los menores de 10 años	94
VIII. 14. Instructivo de Dictamen de la Autopsia Verbal por Otras Causas Prioritarias.....	99

VIII.15. EDA1 Defunciones todas las causas en menores de cinco años y por enfermedad diarreica aguda	102
VIII.16. EDA2 Derechohabiencia y sitio de ocurrencia de la defunción por EDA.....	103
VIII.17. EDA3 Autopsias Verbales de las defunciones por EDA en menores de cinco años, según causa básica	104
VIII.18. EDA4 Defunción anual por enfermedad diarreica aguda.....	105
VIII.19. IRA1 Defunciones todas las causas en menores de cinco años y por infección respiratoria aguda.....	106
VIII.20. IRA2 Derechohabiencia y sitio de ocurrencia de la defunción por IRA.....	107
VIII.21. IRA3 Autopsias verbales de las defunciones por IRA en menores de cinco años, según causa básica.....	108
VIII.22. IRA4 Defunción anual por infección respiratoria aguda.....	109
VIII.23. Modelo de Acta de instalación.....	110
Bibliografía.....	115
Abreviaturas y Acrónimos	116
Glosario de términos	117
Agradecimientos.....	118

Introducción

Una de las prioridades del Estado mexicano es la mejora de las condiciones de salud de la población, con una especial orientación hacia la infancia; con base y en seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente del Cuarto Objetivo, referente a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. Para lograr estos objetivos, México establece en su Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 la Meta México Incluyente, la cual garantiza el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos y disminuye las brechas de desigualdad mediante la participación social en las políticas públicas. Los objetivos que se plantean en esta Meta relacionados a la salud de la infancia son: 2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.

A su vez, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) establece seis objetivos de los cuales cinco se refieren a temas relacionados a infancia: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y 6. Avanzar en la

construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la

rectoría de la Secretaría de Salud. Todos estos objetivos en su conjunto reducirán las brechas de desigualdad existentes en la población infantil, con perspectiva de género e inclusión social.

Por ello, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) a través del Programa de Acción Específico Salud de la Infancia y la Adolescencia, promueve el fortalecimiento de las acciones preventivas de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades prevalentes de la infancia, mediante la integración en las 32 entidades federativas del Comité de Estrategia para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI), que analiza el proceso de atención-enfermedad y muerte en la infancia y elabora las estrategias sectoriales para coadyuvar en la disminución de la mortalidad.

Capítulo I. Antecedentes y justificación.

- De acuerdo al último Reporte de los ODM, 6.9 millones de niños menores de cinco años murieron en 2011, en su mayor parte por enfermedades prevenibles. En América Latina y el Caribe se observa una reducción mayor al 50% en la mortalidad en este grupo etario con base a la mortalidad presente en 1990. Sin embargo, se observa que la proporción de muertes neonatales en la mortalidad en niños menores de cinco años ha incrementado del 36% en 1990 al 43% en 2011 a nivel mundial, y en la región de América Latina y el Caribe, representan poco más del 50%. Por lo que son necesarias acciones sistemáticas centradas tanto en las causas principales de la mortalidad infantil (neumonías, diarrea, desnutrición, accidentes, etc.) y un enfoque enérgico en la prevención de la mortalidad neonatal con intervenciones sencillas y económicas como las visitas domiciliarias después del parto, que han demostrado ser efectivas para salvar vidas en recién nacidos en regiones en vías de desarrollo como África.
- En México, la mortalidad en los menores de 5 años presenta una reducción de 66.45% al comparar la tasa de mortalidad de 1990 con la de 2013. Este impacto se debe a las medidas de salud pública implementadas en el país tales como el uso de Vida Suero Oral, Programa de Agua Limpia, campañas de lavado de manos. En los últimos años se observa una transición epidemiológica en la cual las enfermedades no transmisibles cobran importancia como principales causas de muerte, entre las cuales se observan las afecciones originadas en el periodo perinatal y anomalías congénitas como las dos principales causas de mortalidad en este grupo etario, sin embargo, las infecciones respiratorias, las enfermedades infecciosas intestinales y los accidentes siguen observándose entre

los primeros cinco lugares como causas de defunción.

- El 77% de las defunciones por infecciones respiratorias agudas ocurre en los menores de un año de edad, lo cual coincide con la prevalencia reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, de 50.5%, por lo que es necesario enfocar las estrategias de prevención y diagnóstico adecuado en este grupo poblacional, ya que uno de los principales problemas en cuanto atención médica, fue que en 2013 el 52.42% de los casos recibieron tratamiento sintomático, cuando lo esperado es el 70%, tomando en cuenta la premisa que la mayor parte de las infecciones respiratorias son ocasionadas por agentes virales. De igual manera es importante reforzar la capacitación a las y los responsables de los menores, ya que de acuerdo a ENSANUT solo el 10.2% identifica la polipnea como signo de alarma.
- Respecto a las enfermedades diarreicas, en 2013 se observa una adecuada atención médica, el 97.95% de los casos reciben Plan A de tratamiento, sin embargo, ENSANUT reporta que sólo el 41.9% de los responsables administra el Vida Suero Oral durante el periodo de diarrea.
- Es indispensable realizar el análisis y seguimiento oportuno de la mortalidad en los menores de cinco años, para determinar las fallas en el proceso de atención y establecer estrategias que impacten en la reducción de las defunciones, calidad en la atención médica y la prevención.
- La coordinación es fundamental entre las Instituciones, para incrementar la calidad en la prestación de los servicios y optimizar los recursos destinados para tal propósito.
- PND 2013-2018 a través del Eje México Incluyente, garantiza los derechos

sociales a través del acceso a servicios básicos.

- Ley General de Salud: en los Servicios de Salud se promueve la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes que permita disminuir la mortalidad. La Secretaría de Salud, previo estudio epidemiológico, debe rectificar o ratificar ante la instancia competente, las causas de muerte anotadas en el certificado de defunción, cuando éstas sean consideradas de notificación obligatoria por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. En México se cuenta con los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica que se sustentan en metodologías y procedimientos que deben tener como principal estrategia la vigilancia activa, considerando como parte de la investigación de la mortalidad, la autopsia verbal, en muertes por Infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en menores de cinco años.
- Con base al Artículo 47 fracciones III, IV y XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el CeNSIA promueve la integración del COERMI para que analicen las causas que originaron la muerte del menor e implemente estrategias sectoriales para prevenir y reducir la mortalidad en la infancia.

Capítulo II. Marco Legal

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D.O.F. 05-II-1917 F.E. D.O.F. 06-II-1917. Ref. D.O.F. 29-X-2003.

Ley General de Salud. D.O.F. 7-II-1984. Última Reforma D.O.F.19-VI-2007.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. D.O.F. 29-XII-1976. F.E. D.O.F. 02-II-1977. Ref. D.O.F. 21-V-2003.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. D.O.F. 31-XII-1982. Ref. D.O.F. 13-III-2002.

Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud D.O F. 19-I-2004, última reforma en el D.O.F., el 10-I-2011.

Capítulo III. Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)

III.1 Objetivos del Comité

1. Analizar oportunamente la información emitida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica referente a la mortalidad en menores de cinco años.
2. Identificar los factores de riesgo de mortalidad en menores de 5 años de edad para Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
3. Definir los factores asociados que incidieron en el proceso de atención, enfermedad y muerte en el menor de 5 años.
4. Coadyuvar al proceso de ratificación o rectificación de la defunción por enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda, en el menor de cinco años.
5. Generar políticas, acciones y estrategias sectoriales en salud pública para mejorar el proceso de calidad de la atención en menores de 5 años.
6. Realizar intervenciones sanitarias con la finalidad de mejorar y aprovechar los recursos, orientándolos con enfoque de riesgo y priorización.
7. Generar estrategias y programas en educación para la salud cuyo objetivo será capacitar al personal de salud de los diferentes niveles de atención.

III.2 Integrantes

El comité estará integrado por:

Coordinador del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA) quien fungirá como responsable del COERMI.

Un representante de las siguientes áreas: Vigilancia Epidemiológica, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Prevención de Accidentes, Planeación y Estadística; así como los responsables de los componentes del Programa de Infancia y Adolescencia

Integrar a especialistas relacionados con el tema de morbilidad y mortalidad en la infancia (pediatras y ginecólogos) y los que el Comité considere pertinente integrar dentro del ámbito de especialización según sea el caso.

Presidido por: Director de los Servicios de Salud.

Se apoyará de un Presidente, Vicepresidente y de un Secretario Técnico y vocales de las siguientes instituciones:

- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.
- Servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Servicios de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina.
- Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Petróleo.
- Hospital Infantil Estatal.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO).

III.3 Funciones del responsable del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI).

El responsable debe llevar a cabo las siguientes actividades:

I. Organización y logística de las sesiones del COERMI:

I.1.-Elaborar el calendario anual de sesiones y enviarlo al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA), en la primera quincena de enero del año estadístico.

I.2.-Elaborar la convocatoria pertinente a los miembros del COERMI y verificar que se integre el quórum necesario.

I.3.-Elaborar el orden del día, lista de asistencia, levantar las actas y/o minutas correspondientes a cada sesión e integrar un minutario para seguimiento de las mismas.

I.4.-Coordinar las sesiones del COERMI, cuando así lo designe el presidente.

I.5.-Enviar al CeNSIA, copia electrónica de la minuta y lista de asistencia firmada de la sesión efectuada en el COERMI, dentro de los primeros 10 días hábiles posterior a la fecha de sesión.

II. Seguimiento y control de información de mortalidad de la infancia:

Establecer coordinación con el área estatal o jurisdiccional (según corresponda) de Epidemiología, para:

II.1.-Contar con los certificados de defunción de los menores de 5 años (Hoja blanca) generados durante la semana epidemiológica correspondiente, previo proceso de revisión, clasificación y captura en el SEED por las áreas normativas correspondientes en el Estado.

II.2.- Contar con el concentrado mensual de las defunciones por diarreas e IRAs ocurridas en menores de cinco años de edad y a los cuales se realizará autopsia verbal.

II.3.-Verificar con los responsables del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, etc., que tengan conocimiento de las defunciones que les corresponden de acuerdo a la derechohabiencia registrada en el certificado de defunción y que ameriten autopsia verbal.

II.4.-Recabar con epidemiología estatal o jurisdiccional, las autopsias verbales realizadas por el Sector Salud (dependiendo de la organización de los Servicios de Salud), así como el concentrado mensual de las autopsias verbales realizadas y dictaminadas de EDA e IRA.

II.5.- Recibir las autopsias verbales dictaminadas en el Comité Jurisdiccional de Mortalidad Infantil (COJUMI), y los certificados de defunción respectivos. (Cada cuestionario de autopsias verbal se debe acompañar del certificado de defunción, formato dictamen de falla del proceso de atención y anexo 8 INEGI, este último en caso necesario).

II.6.-Verificar que los Comités en las jurisdicciones sanitarias realicen las sesiones de análisis de mortalidad de la Infancia.

II.7.-Dar seguimiento a las actividades y/o intervenciones que se determinaron al interior del COJUMI para mejorar la calidad de la atención médica y disminuir la mortalidad en menores de cinco años de edad.

II.8.- Usar la información derivada del análisis de las defunciones y autopsias verbales para la evaluación y seguimiento de las acciones de EDA e IRA.

II.9.- Establecer coordinación con el área de epidemiología estatal para enviar el concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales de Enfermedades Diarreicas e IRAs, a la Dirección General de Epidemiología y CeNSIA, la última semana de cada mes, con información actualizada y acumulada hasta el mes inmediato anterior.

II.11.-En coordinación con el Responsable de Epidemiología y los miembros del Comité, priorizar las actividades de intervención.

II.12.- participar con todos los integrantes del COERMI en la ratificación/rectificación de la causa básica de los certificados de defunción, principalmente con el área de epidemiología estatal.

II.13.- En coordinación con el responsable del área de enseñanza y del Centro Estatal de Capacitación (CEC), diseñar e impartir la capacitación en el análisis de la mortalidad y autopsias verbales, como parte del Modelo de Atención Integrada en la Infancia, al personal jurisdiccional a cargo del Programa de Infancia.

Capítulo IV. Autopsia Verbal (AV) como instrumento de vigilancia epidemiológica.

En nuestro país, el sistema de vigilancia epidemiológica permite conocer y recopilar información útil para integrar el panorama epidemiológico de enfermedades o eventos de interés. El análisis del panorama facilita tomar decisiones en relación a las acciones de prevención y control por parte del Programa de la Infancia.

Las acciones generales de vigilancia epidemiológica, se complementan a través de operaciones de subsistemas especiales utilizando diferentes instrumentos, entre los que destacan, por su interés para el Programa de Infancia, las autopsias verbales en muertes por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en menores de cinco años.

La autopsia verbal es un método indirecto, que se realiza a través de una entrevista a la madre o al responsable del menor fallecido y que obtiene información a través de variables relacionados con el fallecimiento del menor: factores de riesgo, signos, síntomas, duración de la enfermedad, así como el proceso en la atención.

IV.1 Propósitos

El propósito fundamental de la Autopsia Verbal, es:

- a) Identificar las fallas del proceso de enfermedad y atención de la niña y el niño.
- b) Establecer estrategias para disminuir la mortalidad, mediante el análisis de las autopsias verbales.
- c) Coadyuvar al proceso de ratificación/rectificación de la causa de muerte siempre y cuando este bien realizada. Además de la AV se dispone de otros instrumentos de investigación epidemiológica para este proceso en las cuales se apoya el epidemiólogo.

IV.2 Características

1. La autopsia verbal se considera adecuada cuando aporta información suficiente para identificar las fallas durante el proceso de enfermedad-atención y finalmente, dictaminar quién o qué influyó en la muerte del menor.
2. La entrevista deberá ser aplicada preferentemente por personal de enfermería o de trabajo social previamente capacitado.
3. La información se obtendrá de la madre o familiar que estuvo al cuidado del menor, anotando las respuestas tal como las expresa el familiar. Recordar que no debe llenarse la entrevista como si fuera una historia clínica.
4. Debe realizarse con participación del personal de la jurisdicción sanitaria.
5. Es necesario que las AV se analicen idealmente en los primeros 15 a 30 días posterior a la defunción, **o bien, en los primeros 7 días hábiles a partir de la fecha en que el certificado de defunción se recibe en la jurisdicción sanitaria,** utilizando los cuestionarios respectivos, anexos al presente Lineamiento.

IV.3 Metodología

1. Las defunciones a las cuales se hará autopsia verbal, son aquellas en que la causa básica sea:
 - a) Enfermedad diarreica aguda
 - b) Infección respiratoria aguda. Tabla 1 y 2.

Tabla 1.- Enfermedad Diarreica Aguda (Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo).

Clave CIE-10	Diagnóstico
A06.0-A06.3, A06.9	Amibiasis intestinal
A00	Cólera
A01.0	Fiebre tifoidea
A07.1	Giardiasis
A05	Intoxicación alimentaria bacteriana
A07.0, A07.2, A07.9	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios
A02	Otras salmonelosis
A01.1	Paratifoidea
A03	Shigelosis

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica

Tabla 2.- Infección Respiratoria Aguda (Enfermedades Infecciosas del Aparato Respiratorio)

Clave CIE-10	Diagnóstico
J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	Infecciones respiratorias agudas
J12-118 excepto J18.2	Neumonías y bronconeumonías
H65.0-H65.1	Otitis media aguda

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica

- c) **Defunciones por Otras Causas Prioritarias en la infancia:** En el pleno del COERMI se determinará la conveniencia de analizar otras causas de mortalidad identificadas por cada entidad federativa como prioritarias; por ejemplo: afección perinatal, malformaciones congénitas, tumores malignos, lesiones no intencionales e intencionales y desnutrición en menores de 10 años de edad. Se apoyarán en el certificado de defunción, resumen clínico y en otras herramientas como la

“Autopsia Verbal para Otras Causas Prioritarias (AVOCP)”.

La aplicación de la AVOCP es de interés únicamente para el Programa de Infancia y su resultado, una vez que ha sido identificada la falla del proceso de atención, se reporta al CeNSIA en el formato de minuta anexo al presente Lineamiento.

2. El número de AV que debe realizar cada Entidad Federativa, se cumplirá de acuerdo al siguiente criterio:

2.1. Para las entidades federativas en las que el número de defunciones por **infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas** en el último año sea menor o igual a 120, se realizará AV al 100% de las defunciones.

2.2. En aquellas entidades federativas donde las defunciones por infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas en el último año sean mayores a 120, deberán realizar el siguiente procedimiento:

- a) Obtener el listado de defunciones por municipio en los últimos dos años.
- b) Ordenar los municipios según el número de defunciones de manera descendente (de mayor a menor número), considerando el último año.
- c) Dividir la serie en cuatro partes iguales e identificar los municipios ubicados en el primer cuarto de arriba hacia abajo (cuartil superior).
- d) Identificar los municipios repetidores de defunciones, en los dos últimos años.
- e) Identificar los municipios que tienen mayor número de defunciones en relación con el año anterior.
- f) Si la suma de las defunciones de los municipios identificados en el inciso c, d, y e, es igual o menor a 120, se deberá hacer AV al 100% de estas defunciones.
- g) Para las entidades federativas en las que la suma de las defunciones en los municipios identificados con la metodología referida sea MAYOR a 120, se recomienda obtener mensualmente una selección de diez defunciones.

Para determinar los municipios en los cuales se realizara la autopsia verbal puede considerar las siguientes opciones:

- Quedarse con los municipios del cuartil superior.
- Tomar en cuenta los municipios repetidores.
- Considerar los municipios con tendencia ascendente de la mortalidad.

2.3. Para defunciones por otras causas prioritarias: se tomará en cuenta el número de defunciones que pueden ser analizadas mensualmente por el Comité y de los recursos con que se cuente.

3. Es conveniente que la autopsia verbal se realice por la institución de derechohabencia (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR) a la que pertenece el menor. Cuando en el certificado de defunción se señale Ninguna derechohabencia o Seguro Popular, la AV será realizada por la Secretaría de Salud.
4. El dictamen del proceso de atención se realiza en el Comité con base a la autopsia verbal completa, el certificado de defunción y resumen clínico en caso necesario. Posterior a la revisión y análisis detallado de estos documentos, se llenará el formato de Dictaminación de la AV (anexo), con las conclusiones obtenidas.
 - a) Cuando la Jurisdicción Sanitaria cuente con Comité Jurisdiccional de Análisis de la Mortalidad de la Infancia (COJUMI), este dictaminará el 100% de las autopsias verbales realizadas.
 - b) El 70% de las autopsias verbales y sus respectivas dictaminaciones realizadas en el COJUMI, deberán ser validadas por el COERMI. Estas autopsias serán elegidas aleatoriamente; deberá incluirse al menos, una autopsia realizada por cada una de las diferentes Instituciones, en caso de que proceda.

- c) Cuando la Jurisdicción Sanitaria no cuente con COJUMI, el COERMI dictaminará el 100% de las autopsias verbales realizadas.

Capítulo V. Documentos de apoyo para el COERMI

El Comité debe contar con los siguientes documentos para llevar a cabo sus actividades de forma organizada:

- Calendario anual de sesiones programadas.
- Formato de minuta e instructivo (ver anexo).
- Cuestionarios de Autopsia Verbal por EDA (ver anexo).
- Formato de Dictamen de autopsia verbal por EDA (ver anexo).
- Cuestionario de Autopsia Verbal por IRA (ver anexo).
- Formato de Dictamen de autopsia verbal por IRA (ver anexo).
- Cuestionario de autopsia verbal por otras causas prioritarias en el menor de 10 años (ver anexo).
- Formato de Dictamen para defunciones por otras causas prioritarias en el menor de 10 años (ver anexo).
- Formatos EDA 1, EDA 2, ED3, EDA 4” (ver anexo).
- Formatos IRA 1, IRA2, IRA3, IRA 4 (ver anexo).
- Resumen clínico, en caso necesario.

Capítulo VI. Envío de información a nivel Federal

oportunamente su información en el plazo y vía descrita en la tabla 3.

Para garantizar la evaluación de las actividades realizadas durante el periodo, es imprescindible que las entidades federativas envíen

Tabla 3

DOCUMENTO	PERIODICIDAD	ENVIAR A LA SIGUIENTE UNIDAD ADMINISTRATIVA
CALENDARIO ANUAL DE SESIONES DEL COERMI	Anual. Primera quincena del año estadístico.	Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia, a los buzones: velia.rosas.benitez@gmail.com tanguma.teresa@gmail.com
REPORTE MENSUAL DE AUTOPSIA VERBAL POR DEFUNCIONES DE EDA E IRA. La información de las defunciones y autopsias verbales realizadas y dictaminadas se reporta en los formatos: EDA1, EDA2, ED3, EDA4 IRA1, IRA2, IRA3, IRA 4 Anexos al presente Lineamiento.	*Rango esperado: Última semana de cada mes con la información del mes inmediato anterior. Para la elaboración del informe mensual y su envío a Nivel Federal, se debe establecer coordinación con el área de epidemiología estatal.	Dirección General Adjunta de Epidemiología, al buzón: hsoto@dgepi.salud.gob.mx Con copia al Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia, a los buzones: velia.rosas.benitez@gmail.com tanguma.teresa@gmail.com
MINUTA DE SESIÓN DEL COMITÉ DE MORTALIDAD DE LA INFANCIA: La sesión realizada se reporta en el formato de minuta anexo en el presente Lineamiento. LISTA DE ASISTENCIA: La lista de asistencia debe contar con el nombre, cargo, institución y firma del participante. Debe enviarse junto con la minuta.	Dentro de los primeros 10 días posterior a la fecha de sesión El Coordinador del PASIA o quien este designe, será el responsable de enviar la información.	Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia, a los buzones: velia.rosas.benitez@gmail.com tanguma.teresa@gmail.com

Capítulo VII. Criterios de evaluación

El cumplimiento de las actividades del Comité se medirá con base a los siguientes indicadores:

- Sesiones del COERMI realizadas
- Autopsias verbales por EDA dictaminadas
- Autopsias verbales por IRA dictaminadas

Las tablas 4, 5 y 6 describen cada indicador.

Tabla 4

ELEMENTO	CARACTERÍSTICA
Indicador	Porcentaje de sesiones de COERMI realizadas.
Objetivo Sectorial Programa de Acción Específico Infancia-Adolescencia 2013-2018	Coordinar estrategias enfocadas a disminuir la morbimortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud, con equidad de género.
Descripción general	Actividad: Seguimiento de sesiones de COERMI estatal y/o jurisdiccional. Numerador: Número total de sesiones realizadas en el periodo. Denominador: Número total de sesiones programadas en el periodo. Unidad de medida: Porcentual.
Observaciones	Estrategia del programa de Infancia.
Periodicidad del indicador	*Envío de información: Mensual, dentro de los primeros 10 días posteriores a la fecha de sesión programada.
Fuente	Numerador: Reporte de minutas con lista de asistencia de la sesión del COERMI. Denominador: Calendario estatal de sesiones programadas.
Metas	90% o más de las sesiones programadas en el periodo.

**El cumplimiento de sesiones del COERMI, se expresa a través de los siguientes rangos: *Excelente*: 90% o más. *Bueno*: 80 a 89%. *Aceptable*: 60 a 79%. *Deficiente*: 0 a 59%. Además se toma en cuenta la oportunidad en el envío de información (dentro de los diez días posteriores a la sesión), uso del formato específico del Comité, registro completo de datos solicitados en la minuta y acompañamiento de la Minuta con lista de asistencia.

≥90%	Excelente
80- 89 %	Bueno
60 a 79%	Aceptable
0 a 59 %	Deficiente

Tabla 5

ELEMENTO	CARACTERÍSTICA
Indicador	Porcentaje de Autopsias verbales dictaminadas por Enfermedad Diarreica Aguda.
Objetivo Sectorial Programa de Acción Específico Infancia-Adolescencia 2013-2018	Coordinar estrategias enfocadas a disminuir la morbimortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud, con equidad de género.
Descripción general	Actividad: Seguimiento de Autopsias Verbales realizadas y dictaminadas por EDA. Numerador: Número total de AV por EDA dictaminadas en el periodo. Denominador: Número total AV por EDA realizadas en el periodo. Unidad de medida: Porcentual.
Observaciones	Estrategia del programa de Infancia. Para la elaboración del informe mensual y su envío a Nivel Federal, se debe establecer coordinación con el área de epidemiología estatal.
Periodicidad del Indicador.	Trimestral *Para la evaluación de este indicador se toma en cuenta la oportunidad en la notificación del reporte, que debe ser la última semana de cada mes, con la información del mes inmediato anterior.
Fuente	Numerador: Formato ED3 Denominador: Formato ED3
Metas	90% o más de las autopsias verbales por EDA dictaminadas.

Tabla 6

ELEMENTO	CARACTERÍSTICA
Indicador	Porcentaje de Autopsias verbales dictaminadas por Infecciones Respiratorias Agudas.
Objetivo Sectorial Programa de Acción Específico Infancia-Adolescencia 2013-2018	Coordinar estrategias enfocadas a disminuir la morbimortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud, con equidad de género.
Descripción general	Actividad: Seguimiento de Autopsias Verbales realizadas y dictaminadas por IRA. Numerador: Número total de AV por IRA dictaminadas en el periodo. Denominador: Número total AV por IRA realizadas en el periodo. Unidad de medida: Porcentual.
Observaciones	Estrategia del programa de Infancia. Para la elaboración del informe mensual y su envío a Nivel Federal, se debe establecer coordinación con el área de epidemiología estatal.
Periodicidad del Indicador.	Trimestral *Para la evaluación de este indicador se toma en cuenta la oportunidad en la notificación del reporte, que debe ser la última semana de cada mes, con la información del mes inmediato anterior.
Fuente	Numerador: Formato IRA3 Denominador: Formato IRA3
Metas	90% o más de las autopsias verbales por IRA dictaminadas.

*El programa de Infancia, toma en cuenta además del porcentaje de AV dictaminadas lo siguiente:

- **Oportunidad en la remisión del concentrado** de AV a la Dirección General de Epidemiología y al CeNSIA, considerando los siguientes criterios:
 - Excelente:** el rango esperado es la última semana de cada mes con información del mes inmediato anterior.
 - Acceptable:** dentro de los quince días posterior rango esperado.
 - No satisfactorio,** cuando la envía antes del rango esperado o cuando transcurre 16 días o más al rango

Cuando no presente movimiento en el periodo, se deberá reportar *sin movimiento*, realizando la aclaración correspondiente en el reporte.

La información que se reporte extemporáneamente será cuantificada hasta el cierre de año, con lo cual se vería mermado el desempeño del trimestre evaluado, por ello, es importante reportar de acuerdo a los plazos descritos en las tablas antes mencionadas.

ANEXOS

Minuta del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia.

(1) Entidad Federativa:

(2) Jurisdicción Sanitaria:

(3) Fecha de sesión:

(4) Sede

(5) Asistentes (Anexar lista de asistencia firmada.)

(6) Número de autopsias verbales para dictaminar:

(7) DATOS DE LA DEFUNCIÓN		(8) CAUSA DE MUERTE SEGÚN DICTAMEN DE LA AUTOPSIA VERBAL (DIAGNÓSTICO)	(9) TIPO DE FALLA DETECTADA (Registre la clave según el recuadro inferior derecho. NO MODIFIQUE NI BORRE EL CUADRO DE CÓDIGO)	(10). ACUERDOS	(11) RESPONSABLE Y PLAZO	(12) CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO
(7.1) FOLIO DEL CERTIFICADO. NOMBRE (siglas), EDAD, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA DE DEFUNCIÓN. DERECHOABIENCIA.	(7.2) CAUSA DE MUERTE SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN y CIE-10					

13.- ASUNTOS GENERALES	ACUERDOS	RESPONSABLE Y PLAZO	CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO

(14) Elaboró: Nombre y Cargo

CODIGO TIPO DE FALLAS DETECTADAS
<p>A.- ATRIBUIBLES A LA ATENCIÓN MÉDICA: El personal de salud: A1.- No indicó cuando regresar a la unidad, A2.- No capacitó sobre signos de alarma, A3.- Indicó medicamentos injustificadamente, A4.-No refirió oportunamente al paciente para su atención en el hospital, A5.-No identificó los factores de mal pronóstico, A6. Dio de alta al paciente en forma prematura, A7.-Aplicó el tratamiento inadecuado, A8.-Realizó el diagnóstico incorrecto, A9.-No brindó atención a pesar de que el familiar la solicitó, A10.-OTRO (Especifique).</p> <p>B.-ATRIBUIBLES A LOS SERVICIOS DE SALUD: B1.- No se contaba con equipo e infraestructura adecuado para la estabilización y/o atención del paciente, B2.- Carecía de medicamentos. B3.-No contaba con una red de apoyo para el traslado oportuno del paciente a otro nivel de atención (ambulancia, vehículo de la comunidad, apoyo de protección civil, etc.).B4.- Inaccessibilidad geográfica de la unidad de salud, B5.- La unidad se ubica a más de 30 minutos de la comunidad, B6.- OTRO (Especifique).</p> <p>C.-ATRIBUIBLE AL FAMILIAR: C1.-No utilizó correctamente el tratamiento indicado (Especifique cuál y porqué), C2.- Le suspendió los alimentos, C3.-No solicitó oportunamente la atención médica por no identificar los signos de alarma, C4.-Utilizó medicamentos sin prescripción médica, C5.- No trasladó al paciente al hospital cuando se lo indicaron, C6.- Desconocía la ubicación de la unidad de salud, C7.- No contaba con recurso económico para llegar a la unidad, C8.- OTRO (Especifique)</p>

MINUTA DEL COMITÉ DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE MORTALIDAD DE LA INFANCIA

El presente formato se usará para reportar las actividades del Comité cuando se analice la autopsia verbal por EDA-IRA u otras causas prioritarias del menor de 10 años. Se registrará la información solicitada en cada columna, así como los acuerdos y compromisos que deriven de los asuntos generales del Programa de Salud de la Infancia.

INSTRUCCIÓN DE LLENADO

El formato debe llenarse en electrónico y enviarse a los buzones: velia.rosas.benitez@gmail.com y tanguma.teresa@gmail.com de la Coordinación de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia dentro de los primeros diez días hábiles posterior a la sesión del Comité. ADJUNTAR lista con firma de los asistentes.

- 1) **Entidad federativa:** Registre el nombre de la entidad federativa que reporta.
- 2) **Jurisdicción Sanitaria:** Registre el nombre y número de la Jurisdicción Sanitaria cuando sesione el COJUMI.
- 3) **Fecha:** Registre día, mes y año, de la sesión realizada.
- 4) **Sede:** Lugar donde se realizó la reunión.
- 5) **Asistentes:** Anexe la lista de asistencia, con nombre, cargo, institución y firma.
- 6) **Número de autopsias verbales para dictaminar:** Registre con número arábigo la cantidad de autopsias verbales dictaminadas y la causa: Ejemplo 2 de IRA, 1 de Cáncer y 1 de Accidente
- 7) **Datos de la defunción:** En la primera columna **(7.1)** registre el folio del certificado de defunción, nombre del menor que falleció, edad en años cumplidos si es mayor de un año y registre los meses cuando se trate de un menor de un año, la fecha de nacimiento, fecha de defunción y derechohabiente. En la columna **(7.2)**, anote el nombre y la clave CIE-10 de las causas de muerte según el certificado de defunción.
- 8) **Causa de muerte según dictamen de la autopsia verbal:** Una vez que la autopsia verbal haya sido revisada y analizada por parte del Comité, registre cuál fue el **diagnóstico de defunción** del menor. Ejemplos: “Se dictamina como IRA”. “Se dictamina como Neumonía”. “Se solicita rectificación por diagnóstico de cardiopatía congénita”.
- 9) **Tipo de fallas detectadas:** Con base a los datos de la autopsia verbal y la deliberación del grupo interinstitucional anotar las fallas detectadas de acuerdo al código incluido en el formato. Por ejemplo: A1.- No indicó cuando regresar a la Unidad. A2.- No capacitó sobre signos de alarma.
- 10) **Acuerdos:** Anotar las actividades que se llevarán a cabo,. Por ejemplo: “Enviar oficio de informe de dictamen a jurisdicción Fresnillo” “Capacitar al médico responsable de la Unidad en el manejo efectivo de las EDAs”
- 11) **Responsable y Plazo:** nombre de quien realizará la actividad. Fecha límite que establecen los integrantes del Comité para cumplir las tareas acordadas.
- 12) **Cumplimiento del acuerdo:** Registrar brevemente la actividad realizada para el cumplimiento del acuerdo, o bien las causas de no cumplimiento.
- 13) **Asuntos generales:** Temas generales del Programa de Infancia. Ejemplos: “Se realizará plan estratégico para la capacitación de personal de urgencias de hospitales de segundo nivel, sobre la atención integrada y los criterios de ingreso hospitalario”. “Se analizaron las tasas de mortalidad por EDA e IRA, observándose que se encuentran en los índices esperados y no se reportan muertes infantiles por estas causas”.
- 14) **Nombre y Cargo:** Registre el nombre completo del responsable de registro de la minuta.

**AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
CEDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR**

FOLIO No.

--	--	--	--	--

I.- IDENTIFICACIÓN			
ESTADO : _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
JURISDICCIÓN _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> DELEGACIÓN _____		
FECHA DE LA APLICACIÓN : _____	REALIZADA POR: _____		

II.- DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIARLOS)											
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO : _____											
DOMICILIO : _____ <small>CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO</small>											
1.- LOCALIDAD: _____	2.- MUNICIPIO: _____										
3.- EDAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				FECHA DE NACIMIENTO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
<small>Años meses días</small>	<small>año mes días</small>										
4.- DERECHOHABIANCIA: _____ <small>(IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SEIGNORA)</small>	5.- SEXO: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 1) MASCULINO 2) FEMENINO										
6.- FECHA DE LA MUERTE : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
<small>año</small>	<small>mes</small>										
<small>día</small>	<small>hora</small>										
<small>min.</small>											
7.- CAUSAS DE MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.											
PARTE I	A. _____										
	B. _____										
	C. _____										
	D. _____										
PARTE II	_____										

III.- INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR
BUENOS DÍAS (TARDES), MI NOMBRE ES (INDIQUE SU NOMBRE) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MAS SOBRE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO EN NUESTRO PAÍS, CON EL FIN DE EVITAR QUE A OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO. SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIÓ HACE ALGÚN TIEMPO UN NIÑO, POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACIÓN PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS, LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS. (PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN EN CASO DE HACERLO INICIE CON LA PREGUNTA No. 9).
8.- SI NO REALIZÓ LA ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO (DÉ POR TERMINADA LA ENTREVISTA Y DÉ LAS GRACIAS)

IV.- DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑOS.

9.- ¿ QUE PARENTESCO TENÍA USTED CON?: (MENCIONE EL NOMBRE DEL NIÑO) _____

10.- EDAD : _____ 11.- ¿ SABE USTED LEER Y ESCRIBIR ? SI NO 12.- ADEMÁS DE (NOMBRE DEL NIÑO) ¿ ALGÚN OTRO DE SUS HIJOS MURIÓ CUANDO TENÍA MENOS DE 5 AÑOS ?
SI NO 13.- ¿ CUÁNTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLÍNICA MÁS CERCANA
POR EL MEDIO DE TRANSPORTE HABITUAL ?

días	horas	min.

V.- PADECIMIENTO.

14.- DÍGAME LA FECHA Y HORA EN QUÉ SU NIÑO EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO:

(LA ÚLTIMA VEZ QUE PADECIÓ DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA)

				:	
año	mes	día	hora		min.

¿ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTÓ (NOMBRE DEL NIÑO) DESDE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO HASTA QUE MURIÓ, Y QUÉ FUE LO QUE USTED HIZO? (PREGUNTE MOLESTIAS, SOLICITUD DE ATENCIÓN Y MANEJO DEL CASO HASTA QUE FALLECIÓ, PERMITA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME LIBREMENTE, ANOTE LOS TÉRMINOS QUE LA ENTREVISTADA DIGA).

NOTA: SI REQUIERE MÁS ESPACIO, CONTINUE EN UNA HOJA BLANCA Y ANÉXELA.

ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS :

(SI YA LO INDICÓ EL ENTREVISTADO EN LA SECCIÓN ANTERIOR, VERIFIQUE Y REGÍSTRELO EN EL RENGLÓN CORRESPONDIENTE)

15.- SIGNOS.	SI	NO	NO SABE	INICIO (FECHA)	DURACIÓN (DÍAS)	OBSERVACIONES
SANGRE EN EXCREMENTO	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PIEBRE O CALENTURA	_____	_____	_____	_____	_____	_____
VÓMITO	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MOLLERA HUNDIDA	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OJOS HUNDIDOS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
BOCA SECA O LLANTO SIN LAGRIMAS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MUCHA SED	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DEJÓ DE COMER	_____	_____	_____	_____	_____	_____
INQUIETO O IRRITABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DEJÓ DE ORINAR	_____	_____	_____	_____	_____	_____

16.- No. DE EVACUACIONES EN 24 HORAS _____
PRIMERAS 24 HRS. _____ ULTIMAS 24 HRS. _____17.- DURACIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD _____
días horas min.

VI.- ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.

18.- CUÁNDO USTED SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO ESTABA ENFERMO ¿ LO ATENDIÓ PRIMERO EN SU CASA ?(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 31)	SI	NO	NO ESPECIFICADO.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.- EN SU CASA, USTED POR SU PROPIA CUENTA:	SI	NO	NO TOMABA NO ESPECIFICADO
20.-¿ LE SUSPENDIÓ EL PECHO POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.- ¿ LE SUSPENDIÓ TODOS LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.-¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- ¿ CON CUÁNTA AGUA LO PREPARÓ? (SEÑALE LA OPCIÓN DESPUÉS DE HABER VERIFICADO LA CANTIDAD DE AGUA)	MENOS DE UN LITRO _____ UN LITRO _____ MAS DE UN LITRO _____		
24.- ¿ VACIÓ TODO EL CONTENIDO DEL SOBRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25.- ¿ LE AGREGÓ ALGO A LA SOLUCION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.- ¿ CUÁNTO LE DIO ? _____			
27.- ¿ CADA CUÁNDO LE DIO VIDA SUERO ORAL ?			
DESPUÉS DE CADA EVACUACION O FRECUENTEMENTE	<input type="checkbox"/>		
SÓLO UNA VEZ	<input type="checkbox"/>		
OTRA _____			
28.- ¿ LE DIO OTRO TIPO DE SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>
¿ CUÁL ? _____			
29.- ¿LE DIO TÉ U OTRO LIQUIDO EN MAYOR CANTIDAD DE LO HABITUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ CUÁL ? _____			
30.- ¿ LE DIO ALGUNA MEDICINA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS:			

VII.- PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

31.- ¿ LO LLEVO CON ALGUIEN A CONSULTA ?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
32.- ¿ POR QUÉ ? _____ (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 88)				
33.- ¿ RECIBIÓ ATENCIÓN ?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN?				

34.- ¿ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	días	horas	min.	
35.- ¿ A CUÁNTAS CONSULTAS LO LLEVÓ ?	<input type="text"/>	(NUMERO DE CONSULTAS)		
36.- ¿ CON QUIÉN LO LLEVÓ A CONSULTA ?	(ANOTE EN ORDEN CRONOLÓGICO)			
No. CONSULTA.	TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	DOMICILIO	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
37.- LA PERSONA QUE LE DIO LA PRIMERA CONSULTA LE INDICÓ :	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
38.- ¿ SUSPENDER EL PECHO POR MAS DE 4 HORAS ?	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
39.- ¿ SUSPENDER LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS ?	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
40.- ¿ VIDA SUERO ORAL ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 42)	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
41.- ¿ LE INDICÓ CÓMO LO PREPARARA Y SE LO DIERA ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 43)	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
42.- ¿ QUÉ LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE LA RESPUESTA SEGÚN CORRESPONDA)				
QUE LO PREPARARA EN UN LITRO DE AGUA				<hr/>
QUE USARA TODO EL POLVO DEL SOBRE				<hr/>
QUE REVOLVIERA BIEN				<hr/>
QUE SE LO DIERA DESPUES DE CADA EVACUACIÓN O FRECUENTEMENTE				<hr/>
OTRA _____				
43.- ¿ LE INDICÓ OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿ CUÁL ? _____				
44.- ¿ TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿CUÁL? _____				
45.- ¿ ALGUNA MEDICINA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DÍGAME EL O LOS NOMBRES _____				
46.¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 49)	
47.- ¿ CUÁLES ? _____				
48.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIEMPO	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			días	horas
49.- ¿ LE INDICÓ CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
50.- ¿ QUÉ LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)				
FIEBRE				<hr/>
EVACUACIONES CON SANGRE				<hr/>
SED INTENSA				<hr/>
POCA INGESTA DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS				<hr/>
VOMITOS FRECUENTES				<hr/>
NUMEROSAS HECES LIQUIDAS				<hr/>
OTRA (ESPECIFIQUE) _____				

	SI	NO	
51.- ¿ LO ENVIÓ AL HOSPITAL ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG.55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52.- DE ACUERDO A LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL ?			
	(PASE A LA PREGUNTA 55)		
53.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?			
54.- ¿ LO HOSPITALIZARON ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON ?			
55.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)			
	SI	NO	NO TOMABA
			NO ESPECIFICADO
56.- ¿ SUSPENDIÓ EL PECHO POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.- ¿ SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.- ¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿PORQUÉ NO?			
59.- ¿ LE DIO OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.- ¿ LE DIO TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.- ¿ LE DIO LA MEDICINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. CONSULTA (S) SUBSECUENTE (S) LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI RECIBIÓ OTRA CONSULTA

62.- ¿ QUIÉN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ?	LA MISMA PERSONA	<input type="checkbox"/>	OTRA PERSONA	<input type="checkbox"/>
63.- LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA, LE INDICO:				
	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
64.- ¿SUSPENDER EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.- ¿SUSPENDER LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.- ¿VIDA SUERO ORAL? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.- ¿ LE INDICÓ CÓMO LO PREPARARA Y SE LO DIERA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68.- ¿QUÉ LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE LA RESPUESTA SEGÚN CORRESPONDA)

QUE LO PREPARARA EN UN LITRO DE AGUA _____

QUE USARA TODO EL POLVO DEL SOBRE _____

QUE REVOLVIERA BIEN _____

QUE SE LO DIERA DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN O FRECUENTEMENTE _____

OTRA _____

SI NO

69.- ¿ LE INDICÓ OTRO SUERO ?

DÍGAME EL NOMBRE _____

70.- ¿ TÉ U OTRO LÍQUIDO ?

DÍGAME EL NOMBRE _____

71.- ¿ ALGUNA MEDICINA ?

DÍGAME EL NOMBRE _____

72.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 74)

73.- ¿ CUÁLES ? _____

74.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?

TIEMPO

_____	_____
días	horas

75 ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRABABA ?

76.- ¿ QUÉ LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

FIEBRE _____

EVACUACIONES CON SANGRE _____

SED INTENSA _____

POCA INGESTA DE LIQUIDOS O ALIMENTOS _____

VÓMITOS FRECUENTES _____

NUMEROSAS HECES LIQUIDAS _____

OTRA (ESPECIFIQUE) _____

77.- ¿ LO ENVIÓ AL HOSPITAL ? SI NO

78.- DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL ?

¿ POR QUÉ NO LO LLEVO AL HOSPITAL ?

SI NO

79.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?

¿ POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?

SI NO

80.- ¿ LO HOSPITALIZARON ?

¿ POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON ?

SI NO

81.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA **SEGUNDA CONSULTA** USTED:

	SI	NO
82.- ¿SUSPENDIÓ EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83.- ¿SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84.- ¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿POR QUE NO? _____		

85.- ¿ LE DIO OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86.- ¿ LE DIO EL TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87.- ¿ LE DIO LA MEDICINA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: SI SE RECIBIERON MÁS CONSULTAS, ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANÉXELA

IX. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

88.- ¿ DÓNDE MURIÓ EL NIÑO ?

EN EL HOGAR	_____
EN EL CONSULTORIO O UNIDAD DE PRIMER NIVEL	_____
EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL	_____
EN EL TRASLADO	_____
NO SABE	_____

X. CAPACITACIÓN

89.- ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN EL HOGAR ?

SI _____ NO ____ (FINALICE)

90.- ¿ DÓNDE Y QUIÉN LE DIO LA CAPACITACIÓN ?

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA INSTRUCTIVO DE LA CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

DESCRIPCIÓN

Esta cédula fue diseñada para que el entrevistador obtenga información de la madre o responsable que estuvo al cuidado del menor en los momentos previos a la defunción.

INSTRUCCIONES GENERALES

El entrevistador debe contar con el material indispensable para el correcto llenado de la cédula (tabla de apoyo, formatos, lápices, goma y sacapuntas), así como llevar consigo una copia del certificado de defunción.

El entrevistador debe seguir las instrucciones específicas de cada rubro, procurando que el vaciado de los datos sea claro, legible y con letra de molde. En las preguntas abiertas se debe permitir a la madre o responsable del menor relatar los hechos acontecidos durante la enfermedad de manera libre y natural.

Es muy importante que el entrevistador no sugiera o acepte respuestas condicionadas. El buen entrevistador, debe ser atento, inspirar confianza y debe saber obtener información de una persona que ha sufrido una pérdida familiar.

LLENADO DE LA CÉDULA

Folio. Registre el número de folio que le corresponde a la autopsia verbal.

I. IDENTIFICACIÓN.

Estado. Nombre de la entidad federativa a que corresponde la localidad. Además anote con dos dígitos en las casillas, el número que le corresponde según listado en el estado.

Jurisdicción. Nombre y número de la jurisdicción sanitaria a la que corresponde la información.

Delegación. En su caso señale, nombre y número del área administrativa de responsabilidad de la institución de seguridad social que levanta la cédula.

Zona. Nombre y número de zona que le corresponde de acuerdo a la institución de seguridad social

Fecha de aplicación. Anote con números arábigos la fecha en que se aplica la cédula.

Realizada por. Nombre de la personal que realiza la entrevista.

II. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Anote los datos que contiene el certificado de defunción y verifíquelos con el informante.

Nombre y apellidos del niño o de la niña fallecido (a).

Domicilio por calle, número, colonia, sección o barrio que reportó el informante en el certificado de defunción (verifique con la madre si los datos son correctos, en caso contrario al reverso de la hoja haga la aclaración).

1-2. Corresponden a los datos de identificación del caso, nombre y número de la localidad y municipio (o delegación, para el Distrito Federal) respectivamente.

3. Utilice números arábigos, anotando la edad del fallecido en años y meses, la casilla de días utilícela sólo si el fallecido tenía menos de un mes de edad. De igual manera, señale la fecha de nacimiento.
4. Mencione si es derechohabiente de una institución de seguridad social, pertenece a otra, a ninguna o se ignora.
5. Señale la opción que corresponde según el género del fallecido.
6. Fecha y hora en que murió el menor.
- 7.- Anote las causas de muerte.

III. INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR (Lea previamente el texto, para que esto facilite el manejo de la entrevista).

8. En el supuesto caso, de que NO sea posible la entrevista exprese el motivo. Sin embargo, es aquí donde el buen entrevistador obtiene la información buscando otras alternativas de convencimiento. Siempre siendo atento e informando a la persona entrevistada la confidencialidad y la importancia de la información proporcionada. En caso de rechazo absoluto dé las gracias y retírese.

IV. DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑO.

A partir de las siguientes preguntas, cada vez que sea necesario mencione el nombre del menor.

9. Señale qué parentesco tiene la persona entrevistada con el menor fallecido.
10. Edad del entrevistado en años cumplidos.
11. Si sabe leer y escribir, señale la opción correspondiente. En caso de que la persona sólo sepa leer o escribir, anótelo afirmativamente.
12. La pregunta está orientada a detectar si algún hermano fallecido murió cuando era menor de cinco años.
13. Mencione el tiempo en días, horas y/o minutos que emplea la persona entrevistada, para trasladarse por el medio habitual de transporte, de su casa al consultorio o clínica más cercana.

V. PADECIMIENTO.

14.- Para iniciar la descripción de cómo inició y ocurrieron las molestias o síntomas de la enfermedad diarreica, se necesita saber la fecha de cuándo empezó su padecimiento por año, mes, día, hora y minutos. Lea el texto que tiene la cédula para solicitar los datos del padecimiento. Espere a que la madre responda de manera natural y de propia cuenta cómo sucedieron las cosas. La información del padecimiento se debe anotar cronológicamente haciendo énfasis en los signos y síntomas que presentaba el niño antes de cada una de las ocasiones en que solicitó atención y las indicaciones dadas en cada una de dichas atenciones. Si es insuficiente el espacio para describir los datos, continúe al reverso de la hoja.

15. La verificación de los signos en ésta pregunta, servirá para aclarar la fecha de inicio y días de duración.
16. Anote cuántas evacuaciones diarreicas tuvo en las primeras 24 horas de iniciado el padecimiento y también en las últimas 24 horas antes del fallecimiento.
17. Aquí anote cuántos días, horas y minutos en total duró la enfermedad.

VI. ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.

18-19. La pregunta se orienta a identificar si fue atendido primero en su casa. En caso negativo pase a la pregunta 31. En caso afirmativo continúe con la secuencia de preguntas.

20-21. Estas preguntas son para identificar si la madre dejó en ayuno al niño por más de 4 horas.

22. Dependiendo de la respuesta. Si es negativa continúe con la pregunta 28. Si es afirmativa continúe las siguientes preguntas.

23. Que le diga en cuánta agua lo preparó, de ser posible que le muestre el recipiente que utilizó y verifique la cantidad preparada, haga la conversión en mililitros y anote según corresponda. Es necesario que lleve consigo un depósito con unidades de medida.

24. Pregunte si vació todo el contenido del sobre o sólo una parte. De acuerdo a la respuesta especifique.

25. Señale si además del Vida Suero Oral le agregó otro ingrediente.

26. Especifique qué cantidad le dio. Puede interrogar por el sobrante preparado y calcular lo que le dio.

27. Si le dio Vida Suero Oral pregunte y especifique de acuerdo a las opciones.

28. Señale si le dio otro tipo de suero. Especifique el nombre.

29. En caso de que le haya proporcionado otro líquido casero recomendado con mayor frecuencia y cantidad que lo habitual en casos de diarreas (atole de arroz o de maíz, sopas de zanahoria, lenteja o papa; caldo de pollo desgrasado, agua de coco verde, yogur, infusiones o tés de manzanilla, guayaba, limón o hierbabuena y agua de frutas frescas). Especifique cuál o cuáles utilizó.

30. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible, verifique con la receta, frasco o caja. En caso negativo pase a la pregunta 31.

VII. PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

Este apartado se obtiene al dar información de la PRIMERA CONSULTA ya sea con personal médico u otro tipo de personal.

31-32. Estas preguntas van encaminadas a conocer si consultó con un profesional o personal no médico sobre la salud de su niño. Explique el por qué ya sea respuesta afirmativa o negativa. En caso de que no haya solicitado alguna consulta pase a la pregunta 88.

33. Especifique si recibió atención después de haberla solicitado, si no recibió señale las causas.

34. Especifique cuántos días, horas y minutos después de que empezó a estar enfermo.

35. Anote a cuántas consultas lo llevó.

36. Utilice como referencia el relato de la madre en la pregunta 14. En número de consulta, anote el número uno para la primera, dos para la segunda y así sucesivamente. Tipo de personal: médico, especifique si fue privado, SSA, IMSS o ISSSTE, etc; u otro tipo de personal de salud no médico, especifique: enfermera, promotor de salud, técnico en salud, etc.; boticario o farmacéutico, curandero, etc.

38-39. Indique si le recomendó ayuno.

40. Si la respuesta es negativa continúe con la pregunta 43, si es afirmativa continúe a las siguientes preguntas.

41. Pregunte si le indicó como prepararlo y como debía dárselo. En caso negativo pase a la pregunta 43.

42. Que le diga cómo se lo indicó, en cuánta agua lo preparó, de ser posible que le muestre el recipiente que utilizó y verifique la cantidad preparada, haga la conversión a mililitros y anote según corresponda. Es necesario que lleve consigo un depósito con unidades de medida.

43. Señale si le dio otro tipo de suero. Especifique el nombre.

44. En caso de que le haya indicado otro líquido casero recomendado con mayor frecuencia y cantidad que lo habitual en casos de diarreas (atoles de arroz o de maíz, sopas de zanahoria, lenteja o papa; caldo de pollo desgrasado, agua de coco verde, yogur, infusiones o tés de manzanilla, guayaba, limón o hierbabuena y agua de frutas frescas) anote cuál o cuáles fueron.

45. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.
46. Señale si le indicó que regresara en caso de que notara otro tipo de molestias o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta 49.
47. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.
48. Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).
49. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 51.
50. Complementando la pregunta anterior verifique que datos le dijo que identificara en el menor para detectar gravead. Deje que la madre respuesta libremente y señale según corresponda.
51. Señale si le indicó que lo llevará al hospital. En caso negativo pase a la pregunta 55.
52. Identifique si lo llevo al hospital, en caso negativo que le diga la razón del por qué no lo llevó.
53. Esta pregunta tiene la intención de conocer si no lo atendieron en el hospital, que diga los motivos.
54. Que le diga si no fue hospitalizado por qué razón.
- 55-61. Estas preguntas verifican si siguió las indicaciones que le dieron en la primera consulta.

VIII. CONSULTAS SUBSECUENTES.

62. si recibió una segunda, identifique si fue la primera persona.
- 64-65 De la persona con quien consulto la segunda vez, registre si le indicó dejar en ayuno al menor.
66. Si la respuesta es negativa continúe con la pregunta 69.
67. Pregunte si le indicó como preparar y darle el VSO. En caso negativo pase a la pregunta 69.
68. Que le diga cómo se lo indico, en cuánta agua lo preparó, de ser posible que le muestre el recipiente que utilizó y verifique la cantidad preparada, haga la conversión a mililitros y anote según corresponda. Es necesario que lleve consigo un depósito con unidades de medida.
69. Señale si le dio otro tipo de suero. Especifique el nombre.
70. En caso de que le haya indicado otro líquido casero recomendado con mayor frecuencia y cantidad que lo habitual en casos de diarreas (atoles de arroz o de maíz, sopas de zanahoria, lenteja o papa; caldo de pollo desgrasado, agua de coco verde, yogur, infusiones o tés de manzanilla, guayaba, limón o hierbabuena y agua de frutas frescas) anote cuál o cuáles fueron.
71. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.
72. Señale si le indicó que regresara en caso de que notara otro tipo de molestias o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta 74.
73. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.
74. Señale sí hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).
75. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó cómo reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 77.
76. Complementando la pregunta anterior verifique que datos le dijo que identificara en el menor para detectar gravedad. Deje que la madre responda libremente y señale según corresponda.
77. Investigue y anote si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo pase al pregunta 81.
78. Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo que le diga la razón de por qué no lo llevo.
79. Esta pregunta tiene la intención de conocer los motivos por los cuales no lo atendieron en el hospital.
80. Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.
- 81-87. Estas preguntas son para verificar si siguió las indicaciones que le dieron en la segunda consulta. Lea la nota y siga sus instrucciones en caso de haber recibido más consulta.

IX. LUGAR DE DEFUNCIÓN

88. Pregunte a la madre en dónde murió el niño y especifique según la opción. Corroboré con el dato del certificado de defunción.

X. CAPACITACIÓN

89. El propósito de esta pregunta es identificar si tuvo alguna capacitación previa al fallecimiento del menor, en relación al tratamiento de diarreas en el hogar.

90. En caso afirmativo a la pregunta anterior. Esta pregunta se orienta a identificar en donde (consultorio, clínica o centro de salud u hospital) y quien le proporcionó la capacitación (personal médico, no médico, otro). Registre el nombre y lugar donde se puede localizar la personal que dio la capacitación.

III.- FALLAS DE LA ATENCIÓN NO MÉDICA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA EL CASO)

- 18.- RECIBIÓ ATENCIÓN POR PERSONAL NO MEDICO,
18.1. TIPO DE PERSONAL: _____
- 19.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA
- 20.- LE INDICÓ AYUNO POR MÁS DE 4 HORAS
- 21.- NO LE INDICÓ VIDA SUERO ORAL ADECUADAMENTE
- 22.- NO LE INDICÓ OTROS LÍQUIDOS ADECUADAMENTE
- 23.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS
- 24.- NO LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR
- 25.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA
- 26.- NO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE
- 27.- SI SE CONSIDERAN ERRORES EN LAS ACCIONES DEL PERSONAL NO MÉDICO, EXPLIQUE POR QUÉ:

IV.- FALLAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA NECESARIO)

- 28.- NO IDENTIFICÓ FACTORES DE MAL PRONÓSTICO
- 29.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA
- 30.- LE INDICÓ AYUNO POR MÁS DE 4 HORAS
- 31.- NO LE INDICÓ VIDA SUERO ORAL ADECUADAMENTE
- 32.- NO LE INDICÓ OTROS LIQUIDOS ADECUADAMENTE
- 33.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS
- 34.- NO LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR
- 35.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA
- 36.- NO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE
- 37.- NO HUBO ATENCIÓN MÉDICA INSTITUCIONAL PORQUE:
1 LA UNIDAD MEDICA ESTUVO CERRADA _____
2 NO HUBO MÉDICO _____
3 NEGÓ LA ATENCIÓN _____
4 EL FAMILIAR DEL PACIENTE NO PUDO PAGAR LOS SERVICIOS _____
- 38.- SI SE CONSIDERAN ERRORES EN LAS ACCIONES DEL PERSONAL MÉDICO, EXPLIQUE POR QUÉ :

V.- FALLAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA NECESARIO)

- 39.- NO LE DIERON ATENCIÓN HOSPITALARIA POR QUE :
1 SE LA NEGARON _____
2 NO PUDO PAGAR LOS SERVICIOS _____
- 40.- RECIBIÓ TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y TUVO :
1 DIAGNÓSTICO INCORRECTO _____
2 TRATAMIENTO INADECUADO _____
3 ALTA PREMATURA _____
- 41.- SI CONSIDERAN ERRORES DE LAS ACCIONES HOSPITALARIAS, EXPLIQUE POR QUE :

INSTRUCTIVO DEL DICTAMEN

DE LA AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato deberá ser llenado en la Reunión del **Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)** y en el **Comité Jurisdiccional de Mortalidad de la Infancia (COJUMI)**, según sea el caso y en base a la autopsia verbal, el certificado de defunción, y en su caso, el resumen del expediente clínico. Utilice en preguntas cerradas una "X" y en preguntas abiertas, anote con letra de molde y legible los datos que se solicitan.

Si requiere hacer más anotaciones y el espacio es insuficiente, adicione al reverso de la hoja los datos complementarios según el punto de referencia.

Para la evaluación de la toma de decisiones de la madre o del personal que atención el caso, se debe considerar como adecuado lo señalado en el manual de procedimientos de enfermedad diarreica vigente.

El objetivo de este instructivo es señalar al grupo de análisis, en que preguntas de la autopsia verbal se pueden basar para realizar el dictamen.

Folio. Registre el folio de la autopsia verbal que corresponde al dictamen.

Fecha. Anote con números arábigos la fecha de realización del dictamen.

I. RESUMEN

Nota importante. Este apartado debe ser llenado, cuando se haya concluido el dictamen de la autopsia verbal (AV).

1. *Se calificará que una autopsia verbal es adecuada*, cuando a partir de la información obtenida, se pueda definir si el diagnóstico de defunción es por enfermedad diarreica y, que además, se pueda realizar el dictamen en relación con las fallas en el proceso de atención.

2. Señale si reunió los criterios especificados para considerarla una muerte por enfermedad diarreica.

3-5. Datos de identificación del caso, nombre de localidad, jurisdicción y municipio respectivamente.

6. Utilice números arábigos, anotando la edad del fallecido en años y meses, la casilla de días utilícela sólo si el fallecido tenía menos de un mes de edad.

7. Señale según corresponda.

8.- Este dato debe ser obtenido de la respuesta a la pregunta 88.

9. Especifique la causa de muerte que define el grupo, en base a los datos de la autopsia verbal y en su caso, al resumen del expediente clínico.

9.1. Si la muerte ocurrió en el hospital, y se dispone del resumen del expediente clínico, se debe anotar la causa consignada en él.

II. FALLAS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR.

Este apartado se dictaminará en caso de que la madre haya atendido primero al niño en su casa.

10. *Dejó al niño en ayuno por más de cuatro horas.* Esta pregunta se responde con las respuestas a las preguntas 19, 20 y 21.

11. *No le dio Vida Suero Oral adecuadamente.* Se contesta con las respuestas de las preguntas 22, 23, 24, 25 y 27.

12.- *No le dio otros líquidos adecuadamente.* En las preguntas 28 y 29 están las respuestas en caso de que NO le haya ofrecido adecuadamente algún líquido casero recomendado.

13.- *No solicitó atención oportuna porque.* El NO haber solicitado atención oportuna se dictamina de acuerdo a las respuestas de los apartados V y VI.

13.1. *No reconoció los signos de alarma.* Esto se define analizando las respuestas de las preguntas 14, 15, 16, 31 y 32.

13.2. *Por falta de accesibilidad.* Se refiere a las dificultades que tuvo la madre, para no solicitar atención médica en forma oportuna y pueden ser de tipo geográfico (crecimiento de un río, caminos intransitables, no había transporte o por estar el servicio de salud muy lejano, etc.); Cultural (ciertas costumbres o creencias que impiden solicitar atención, necesitaba la autorización del esposo para tomar la decisión y no se encontraba en ese momento, etc.) y económica (no tenía dinero o lo suficiente para pagar el traslado, la consulta o los medicamentos, etc.). La inaccesibilidad se detecta en la respuesta a la pregunta 33 de la autopsia verbal.

14. *Efectuó autoprescripción incorrecta.* La respuesta se obtiene en la pregunta 30.

15. *No administró correctamente el tratamiento indicado.* Se define con las respuestas de las preguntas 32, 55 a 61 y 81 a 87.

16. *No llevó al paciente al hospital cuando se le indicó, por inaccesibilidad.* Se determina en base a la respuesta de la pregunta 52 y se refiere a las dificultades que tuvo la madre, para no solicitar atención oportuna, descritas en este instructivo en la pregunta 13.2.

17. *Si se consideran errores en las acciones de la familia, explicar por qué.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones que la madre realizó y que influyeron en la defunción.

III. FALLAS DE ATENCIÓN NO MÉDICA

Requisitar este apartado sólo si la respuesta a la pregunta 18 es afirmativa.

18. *Recibió atención por personal no médico.* En caso positivo seguir con el punto 18.1.

18.1. *Qué tipo de personal.* Analice las opciones de la pregunta 36 e identifique que tipo de personal atendió al menor. Si es más de uno anote según el orden que especifica la autopsia verbal.

19. *No identificó signos de alarma.* En base al análisis global del caso, apegado a cuadro clínico y manejo indicado. Según las respuestas del apartado V, VI y VII.

20. *Le indicó ayuno por más de 4 horas.* Se contesta en base a las respuestas de las preguntas 38 y 39.

21. *NO le indicó Vida Suero Oral adecuadamente.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 40 a 42.

22. *NO le indicó otros líquidos adecuadamente.* En base a las respuestas a las preguntas 43 y 44.

23. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a la respuesta de la pregunta 45 y 71

24. *NO dio indicaciones de regresar.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 46 a 48, 72 a 74.

25. *NO enseñó a reconocer los signos de alarma.* En base a las respuestas de las preguntas 49, 50, 75 y 76.

26. *NO envió al hospital oportunamente.* En base al análisis de las respuestas a las preguntas 51 y 52 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 14.

27. *Si se consideran errores en las acciones del personal no médico, explique.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones realizadas por parte del personal no médico y que influyeron en la defunción.

IV. FALLAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

28. *NO identificó factores de mal pronóstico.* Se asocia con las respuestas de las preguntas 9, 10, 11, 12, 13 y el tratamiento propuesto según las respuestas a las preguntas 40 a 49, 66 a 76.
29. *NO identificó signos de alarma.* Esto en base al análisis global del caso, apegado a cuadro clínico y manejo indicado.
30. *Le indicó ayuno por más de 4 horas.* En base a las respuestas de las preguntas 38, 39, 64 y 65.
31. *NO le indicó Vida Suero Oral adecuadamente.* En función de las respuestas en las preguntas 40 a 42, y 66 a 68.
32. *NO le indicó otros líquidos adecuadamente.* En base a las respuestas de las preguntas 43,44, 69 y 70.
33. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a las respuestas de las preguntas 45 y 71.
34. *NO dio indicaciones de regresar.* En base a las respuestas de las preguntas 46 a 48 y de la 72 a 74.
35. *No enseñó a reconocer signos de alarma.* En base al análisis de las respuestas de las preguntas 49 y 50.
36. *NO envió al hospital oportunamente.* Se define conociendo los motivos expuestos en las respuestas de las preguntas 51 y 52, 77 y 78 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 14.
37. *No dio atención médica institucional porque.* Cuando la madre refiera que solicitó atención y el por qué no la recibió.
38. *Si se consideran errores en las acciones del personal médico, explique.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones realizadas por parte del personal médico y que influyeron en la defunción.

V. FALLAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Este apartado se dictaminará sólo si acudió a solicitar atención a alguna unidad hospitalaria.

39. *NO le dieron atención hospitalaria por qué.* Se determina en las respuestas de las preguntas 53 y 79. Además analizando el caso, del por qué no fue hospitalizado, en las preguntas 54 y 80.
40. *Recibió tratamiento hospitalario y tuvo.* En base al análisis del resumen o expediente clínico.
41. *Si se consideran errores de las acciones hospitalarias, explique por qué.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención hospitalaria y que tengan relación con la defunción.

VI. CONCLUSIÓN.

42. *Se considera que las fallas del proceso de atención que participaron en que el niño o la niña muriera fueron de.* En este apartado se resume e identifican las fallas referidas en éste dictamen.

VII. PROPUESTAS

El grupo describirá las propuestas que considere pertinentes de acuerdo a las fallas detectadas en el proceso de atención del presente caso, tratándose de involucrar propuestas concretas para cada institución participante.

**AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION
POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
CEDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR**

FOLIO No.

--	--	--	--	--	--

I.- IDENTIFICACIÓN

ESTADO : _____

--	--

JURISDICCIÓN _____

--	--

 DELEGACIÓN _____

--	--	--

NOMBRE Y NÚMERO

ZONA _____

--	--

FECHA DE LA APLICACIÓN : _____

REALIZADA POR : _____

II.- DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIARLOS)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO : _____

DOMICILIO : _____
CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO

1.- LOCALIDAD : _____

--	--	--

2.- MUNICIPIO : _____

--	--	--

3.- EDAD

--	--	--

 años

--	--

 meses

--	--

 días

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--

 año

--	--

 mes

--	--

 día

4.- DERECHOHABIENCIA : _____ 5.- SEXO:

--

 1) MASCULINO
IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA 2) FEMENINO

6.- FECHA DE LA MUERTE :

--	--	--	--	--

año mes día hora min.

7.- CAUSAS DE LA MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

PARTE I

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

PARTE II

III.- INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR

BUENOS DÍAS (TARDES), MI NOMBRE ES (INDIQUE SU NOMBRE) Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MAS SOBRE LOS NIÑOS QUE HAN MUERTO EN NUESTRO PAÍS, CON EL FIN DE EVITAR QUE A OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO.

SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIÓ HACE ALGÚN TIEMPO UN NIÑO, POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACIÓN PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS, LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y DE MUCHA UTILIDAD PARA SALVAR A OTROS NIÑOS. (PREGUNTE AL ENTREVISTADO SI ACEPTA PARTICIPAR Y EN CASO DE HACERLO INICIE CON LA PREGUNTA No. 9).

8.- SI NO REALIZÓ LA ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO :

(DÉ POR TERMINADA LA ENTREVISTA Y DÉ LAS GRACIAS)

IV.- DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑOS.

9.- ¿ QUE PARENTESCO TENÍA USTED CON (MENCIONE EL NOMBRE DEL NIÑO)? _____

10.- EDAD : _____ 11.- ¿ SABE USTED LEER Y ESCRIBIR SI NO

12.- ADEMÁS DE (NOMBRE DEL NIÑO) ¿ ALGÚN OTRO DE SUS HIJOS MURIÓ CUANDO TENÍA MENOS DE 5 AÑOS ?
SI NO

13.- ¿ CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLÍNICA MAS CERCANA
POR EL MEDIO DE TRANSPORTE HABITUAL ?
días horas minutos

V.- PADECIMIENTO.

14.- DÍGAME LA FECHA Y HORA EN QUE SU NIÑO EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO :
(LA ÚLTIMA VEZ QUE ENFERMÓ DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
año	mes	día	hora	min.

ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTÓ (NOMBRE DEL NIÑO) DESDE QUE EMPEZÓ A ESTAR
ENFERMO HASTA QUE MURIÓ, Y QUE FUE LO QUE USTED HIZO (PREGUNTE MOLESTIAS, SOLICITUD DE
ATENCIÓN Y MANEJO DEL CASO HASTA QUE FALLECIÓ, PERMITA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME
LIBREMENTE, ANOTE LOS TÉRMINOS QUE LA ENTREVISTADA DIGA).

ANOTE LA FECHA DE INICIO Y EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES DATOS :
(SI YA LO INDICÓ EL ENTREVISTADO EN LA SECCIÓN ANTERIOR, VERIFIQUE Y REGISTRELO EN EL RENGLÓN CORRESPONDIENTE)

15.- SIGNOS.	SI	NO	NO SABE	INICIO FECHA	DURACIÓN DIAS	OBSERVACIONES
TOS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DEJÓ DE COMER O BEBER	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PIEL MAS FRÍA DE LO NORMAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CONVULSIONES O ATAQUES	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SE PUSO MORADO DE LOS LABIOS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MAS PÁLIDO DE LO NORMAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR	_____	_____	_____	_____	_____	_____
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SILBIDO AL RESPIRAR	_____	_____	_____	_____	_____	_____

16.- DURACIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD
días horas min.

VI.- ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.							
	SI	NO	NO ESPECIF.				
17.- CUANDO USTED SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO ESTABA ENFERMO ¿ LO ATENDIÓ PRIMERO EN SU CASA ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 21)	_____	_____	_____				
18.- EN SU CASA, USTED POR SU PROPIA CUENTA	_____	_____	_____				
19.- MEDIDAS GENERALES :							
¿ LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?	_____	_____	_____				
¿ LE DIO MAS LÍQUIDOS DE LO NORMAL ?	_____	_____	_____				
¿ LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?	_____	_____	_____				
¿ LE CONTINUO DANDO PECHO ?	_____	_____	_____				
¿ LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE LA CASA ?	_____	_____	_____				
20.- ¿ LE DIO ALGUNA MEDICINA ?	_____	_____	_____				
DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS : _____							

VII.- PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR							
21.- ¿ LO LLEVÓ CON ALGUIEN A CONSULTA ?	SI ___	NO ___					
22.- ¿ POR QUE ? _____ (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 56)							
23.- ¿ RECIBIÓ ATENCIÓN ?	SI _____	NO _____	¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN?				

24.- ¿ CUANTO TIEMPO DESPUÉS DE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO ?	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				días	horas	min.
25.- ¿ A CUANTAS CONSULTAS LO LLEVO ? _____ (NUMERO DE CONSULTAS)							
26.- ¿ CON QUIÉN LO LLEVO A CONSULTA ? (ANOTE EN ORDEN CRONOLÓGICO)							
No. CONS.	TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	DOMICILIO				
_____	_____	_____	_____				
_____	_____	_____	_____				
_____	_____	_____	_____				
27.- LA PERSONA QUE LE DIO LA PRIMERA CONSULTA LE INDICÓ :							
28.- MEDIDAS GENERALES.	SI	NO	NO ESPECIF.				
¿ QUE EVITARA CAMBIO BRUSCOS DE TEMPERATURA ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE DIERA MAS LÍQUIDOS ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ CON AGUA ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO ?	_____	_____	_____				
¿ QUE EVITARA EXPONERLO A HUMOS DENTRO DE LA CASA ?	_____	_____	_____				
29.- ¿ ALGUNA MEDICINA ? DÍGAME EL NOMBRE _____							
30.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 32)	_____	_____					
31.- ¿ CUALES ? _____							

	SI	NO	TIEMPO				
32.- ¿ LE SEÑALÓ EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">días</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">horas</td> </tr> </table>			días	horas
días	horas						
33.- ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 35)	_____	_____					
34.- ¿ QUE LE DIJO ? DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES							
SI DEJABA DE COMER O BEBER	_____						
PIEL MAS FRÍA DE LO NORMAL	_____						
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	_____						
CONVULSIONES O ATAQUES	_____						
SI SE PONÍA MORADO DE LABIOS O UÑAS	_____						
MAS PÁLIDO DE LO NORMAL	_____						
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS	_____						
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	_____						
SILBIDO AL RESPIRAR	_____						
OTRA (ESPECIFIQUE) _____							
35.- ¿ LO ENVIARON AL HOSPITAL ?	SI _____	NO _____					
36.- DE ACUERDO A LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL ? ¿ POR QUE NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL ?	SI _____	NO _____	_____				
37.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ? ¿ POR QUE NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?	SI _____	NO _____	_____ _____ _____ _____				
			(PASE A LA PREGUNTA 38)				
38.- ¿ LO HOSPITALIZARON ? ¿ POR QUE NO LO HOSPITALIZARON ?	SI _____	NO _____	_____ _____				
39.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA, USTED :	SI	NO					
¿ LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?	_____	_____					
¿ LE DIÓ MAS LÍQUIDOS DE LO NORMAL ?	_____	_____					
¿ LE DESTAÓO FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?	_____	_____					
¿ CONTINUÓ DÁNDOLE PECHO ?	_____	_____					
¿ LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE LA CASA ?	_____	_____					
40.- ¿ LE DIO MEDICAMENTO ?	_____	_____					
VIII. CONSULTA (S) SUBSECUENTE (S) LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI RECIBIÓ OTRA CONSULTA							
41.- ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ?	LA MISMA PERSONA _____	OTRA _____					
42.- LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA, LE INDICO :							
43.- MEDIDAS GENERALES	SI	NO	NO ESPECIFIC.				
¿ QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE DIERA MAS LÍQUIDOS ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?	_____	_____	_____				
¿ QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO ?	_____	_____	_____				
¿ QUE NO LO EXPUSIERA A HUMOS DENTRO DE LA CASA ?	_____	_____	_____				

	SI	NO	NO ESPECIFIC.						
44.- ¿ ALGUNA MEDICINA ? DÍGAME EL NOMBRE _____	_____	_____	_____						
45.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 48)	_____	_____	_____						
46.- ¿ CUALES ? _____									
47.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">TIEMPO</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">días</td> <td style="text-align: center;">horas</td> </tr> </table>	TIEMPO		_____	_____	días	horas
TIEMPO									
_____	_____								
días	horas								
48.- ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ?	_____	_____							
49.- ¿ QUE LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICÓ ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)									
SI DEJABA DE COMER O BEBER	_____								
PIEL MAS FRÍA DE LO NORMAL	_____								
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	_____								
CONVULSIONES O ATAQUES	_____								
SI SE PONÍA MORADO DE LABIOS O UÑAS	_____								
MAS PÁLIDO DE LO NORMAL	_____								
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS	_____								
RESPIRACIÓN RÁPIDA O JADEO	_____								
SILBIDO AL RESPIRAR	_____								
OTRA (ESPECIFIQUE) _____									
50.- ¿ LO ENVIÓ AL HOSPITAL ?	SI _____ NO _____								
51.- DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL ?			¿ POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL ?						
SI _____ NO _____			_____						
52.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?			¿ POR QUE NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?						
SI _____ NO _____			_____						
53.- ¿ LO HOSPITALIZARON ?			¿ POR QUE NO LO HOSPITALIZARON ?						
SI _____ NO _____			_____						
54.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA USTED :									
	SI	NO							
¿ LE EVITÓ CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?	_____	_____							
¿ LE DIO MAS LÍQUIDOS DE LO NORMAL ?	_____	_____							
¿ LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?	_____	_____							
¿ CONTINUO DÁNDOLE PECHO ?	_____	_____							
¿ LE EVITÓ LA EXPOSICIÓN A HUMOS DENTRO DE LA CASA ?	_____	_____							
55.- ¿ LE DIO MEDICAMENTO ?	_____	_____							

NOTA: SI SE RECIBIERON MÁS CONSULTAS ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANÉXELA

IX. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	
56.- ¿ DÓNDE MURIÓ EL NIÑO ?	
EN EL HOGAR	_____
EN EL CONSULTORIO O UNIDAD DE PRIMER NIVEL	_____
EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL	_____
EN EL TRASLADO	_____
NO SABE	_____

X. CAPACITACIÓN

57.- ¿ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO EN EL HOGAR ,
DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ?

SI _____ NO _____

58.- ¿ DÓNDE Y QUIÉN LE DIO LA CAPACITACIÓN ?

--

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

INSTRUCTIVO DE LA CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

DESCRIPCIÓN

Esta cédula fue diseñada para que el entrevistador obtenga información de la madre o responsable que estuvo al cuidado del menor en los momentos previos a la defunción.

INSTRUCCIONES GENERALES

El entrevistador debe contar con el material indispensable para el correcto llenado de la cédula (tabla de apoyo, formatos, lápices, goma y sacapuntas), así como llevar consigo una copia del certificado de defunción.

El entrevistador debe seguir las instrucciones específicas de cada rubro, procurando que el vaciado de los datos sea claro, legible y con letra de molde.

En las preguntas abiertas se debe permitir a la madre o responsable del menor relatar los hechos acontecidos durante la enfermedad de manera libre y natural. Es muy importante que el entrevistador no sugiera o acepte respuestas condicionadas. El buen entrevistador, debe ser atento, inspirar confianza y debe saber obtener información de una persona que ha sufrido una pérdida familiar.

LLENADO DE LA CÉDULA

Folio. Registre el número de folio que le corresponde a la autopsia verbal.

XI. IDENTIFICACIÓN.

Estado. Nombre de la entidad federativa a que corresponde la localidad. Además anote con dos dígitos en las casillas, el número que le corresponde según listado en el estado.

Jurisdicción. Nombre y número de la jurisdicción sanitaria a la que corresponde la información.

Delegación. En su caso señale, nombre y número del área administrativa de responsabilidad de la institución de seguridad social que levanta la cédula.

Zona. Nombre y número de zona que le corresponde de acuerdo a la institución de seguridad social

Fecha de aplicación. Anote con números arábigos la fecha en que se aplica la cédula.

Realizada por. Nombre de la personal que realiza la entrevista.

XII. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Anote los datos que contiene el certificado de defunción y verifíquelos con el informante.

Nombre y apellidos del niño o de la niña fallecido (a).

Domicilio por calle, número, colonia, sección o barrio que reportó el informante en el certificado de defunción (verifique con la madre si los datos son correctos, en caso contrario al reverso de la hoja haga la aclaración).

1-2. Corresponden a los datos de identificación del caso, nombre y número de la localidad y municipio (o delegación, para el Distrito Federal) respectivamente.

3. Utilice números arábigos, anotando la edad del fallecido en años y meses, la casilla de días utilícela sólo si el fallecido tenía menos de un mes de edad. De igual manera, señale la fecha de nacimiento.

4. Mencione si es derechohabiente de una institución de seguridad social, pertenece a otra, a ninguna o se ignora.
5. Señale la opción que corresponde según el género del fallecido.
6. Fecha y hora en que murió el menor.
- 7.- Anote las causas de muerte.

XIII. INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR (Lea previamente el texto, para que esto facilite el manejo de la entrevista).

8. En el supuesto caso, de que NO sea posible la entrevista exprese el motivo. Sin embargo, es aquí donde el buen entrevistador obtiene la información buscando otras alternativas de convencimiento. Siempre siendo atento e informando a la persona entrevistada la confidencialidad y la importancia de la información proporcionada. En caso de rechazo absoluto dé las gracias y retírese.

XIV. DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR.

A partir de las siguientes preguntas, cada vez que sea necesario mencione el nombre del menor.

9. Señale qué parentesco tiene la persona entrevistada con el menor fallecido.
10. Edad del entrevistado en años cumplidos.
11. Si sabe leer y escribir, señale la opción correspondiente. En caso de que la persona sólo sepa leer o escribir, anótelo afirmativamente.
12. La pregunta está orientada a detectar si algún hermano fallecido murió cuando era menor de cinco años.
13. Mencione el tiempo en días, horas y/o minutos que emplea la persona entrevistada, para trasladarse por el medio habitual de transporte, de su casa al consultorio o clínica más cercana.

XV. PADECIMIENTO.

14.- Para iniciar la descripción de cómo inició y ocurrieron las molestias o síntomas de la infección respiratoria aguda, se necesita saber la fecha de cuándo empezó su padecimiento por año, mes, día, hora y minutos.

Lea el texto que tiene la cédula para solicitar los datos del padecimiento. Espere a que la madre responda de manera natural y de propia cuenta cómo sucedieron las cosas. La información del padecimiento se debe anotar cronológicamente haciendo énfasis en los signos y síntomas que presentaba el niño antes de cada una de las ocasiones en que solicitó atención y las indicaciones dadas en cada una de dichas atenciones. Si es insuficiente el espacio para describir los datos, continúe al reverso de la hoja.

15. La verificación de los signos en ésta pregunta, servirá para aclarar la fecha de inicio y días de duración.
16. Aquí anote cuántos días, horas y minutos en total duró la enfermedad.

XVI. ATENCIÓN RECIBIDA EN SU HOGAR.

17. La pregunta se orienta a identificar si fue atendido primero en su casa. En caso negativo pase a la pregunta 21. En caso afirmativo continúe con la secuencia de preguntas.
19. Especifique si realizó medidas generales.
20. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible, verifique con la receta, frasco o caja. En caso negativo pase a la pregunta 21.

XVII. PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

Este apartado se obtiene en la información de la PRIMERA CONSULTA ya sea con personal médico u otro tipo de personal.

- 21-22. Estas preguntas van encaminadas a conocer si consultó con un profesional o personal no médico sobre la salud de su niño. Explique el por qué ya sea respuesta afirmativa o negativa. En caso de que no haya solicitado alguna consulta pase a la pregunta 56.
23. Especifique si recibió atención después de haberla solicitado, si no recibió señale las causas.
24. Especifique cuántos días, horas y minutos después de que empezó a estar enfermo.
25. Anote a cuántas consultas lo llevó.
26. Utilice como referencia el relato de la madre en la pregunta 14. En número de consulta, anote el número uno para la primera, dos para la segunda y así sucesivamente. Tipo de personal: médico, especifique si fue privado, SSA , IMSS o ISSSTE, etc. Otro tipo de personal de salud no médico, especifique; enfermera, promotor de salud, técnico en salud, etc. boticario o farmacéutico, curandero, etc.
- 27-28. Si le indicó medidas generales, señale cuáles.
29. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible, verifique con la receta, frasco o caja.
30. Señale si le indicó que regresara en caso de que notara otro tipo de molestia o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta 33.
31. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.
32. Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).
33. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó cómo reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 35.
34. Complementando la pregunta anterior verifique qué datos le dijo que identificara en el menor para detectar gravedad. Deje que la madre responda libremente y señale según corresponda.
35. Señale si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo pase a la pregunta 38.
36. Identifique si lo llevo al hospital, en caso negativo, que le diga la razón por la que no lo llevo.
37. Esta pregunta tiene la intención de conocer los motivos por los cuales lo entendieron en el hospital.
38. Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.
- 39-40. Estas preguntas verifican si siguió las indicaciones que le dieron en la primera consulta.

XVIII. CONSULTAS SUBSECUENTES.

41. Si recibió una segunda consulta, identifique si fue la misma persona que lo atendió.
- 42-43. De la persona con quien consulto la segunda vez, indique si le recomendó medidas generales y señale cuáles.
44. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.
45. Señale si le indico que regresara en caso de que notara otro tipo de molestias o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta 48.
46. En caso afirmativo especifique que indicaciones le dio.
47. Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo, en qué tiempo (días, horas).
48. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso negativo, pase a la pregunta 50.
49. Complementando la pregunta anterior, verifique qué datos le dijo que identificara en el menor para detectar gravedad. Deje que la madre responda libremente y señale según corresponda.
50. Investigue y anote si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo pase a la pregunta 54.
51. Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo que le diga la razón del por qué no lo llevó.
52. Esta pregunta tiene la intención de conocer los motivos por los cuales no lo atendieron en el hospital.
53. Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.

54-55 Estas preguntas son para verificar si siguió las indicaciones que le dieron en la segunda consulta. Lea la *nota* y siga sus instrucciones en caso de haber recibido más consultas.

XIX. LUGAR DE DEFUNCIÓN

56. Pregunte a la madre en dónde murió el niño y especifique según la opción. Corroboré con el dato del certificado de defunción.

XX. CAPACITACIÓN

57. El propósito de esta pregunta es identificar si tuvo alguna capacitación previa al fallecimiento del menor, en relación al tratamiento de infecciones respiratorias agudas en el hogar.

98. En caso afirmativo a la pregunta anterior. Esta pregunta se orienta a identificar en donde (consultorio, clínica o centro de salud u hospital) y quien le proporcionó la capacitación (personal médico, no médico, otro). Registre el nombre y lugar donde se puede localizar la personal que dio la capacitación.

DICTAMEN
DE LA AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

NOMBRE : _____ FOLIO :

--	--	--	--	--

FECHA DE LA DEFUNCIÓN : _____ FECHA DEL DICTAMEN : _____
día mes año

I.- RESUMEN (LLENAR DESPUÉS)							
1.- LA AUTOPSIA VERBAL ES ADECUADA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
2.- EL CASO REUNIÓ LOS CRITERIOS NECESARIOS PARA SER CONSIDERADA MUERTE POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
3.- LOCALIDAD _____	4.- JURISDICCIÓN _____ 5.- MUNICIPIO _____						
6.- EDAD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">años</td><td style="font-size: 8px;">meses</td><td style="font-size: 8px;">días</td></tr></table>				años	meses	días	7.- SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
años	meses	días					
8.- SITIO DE LA DEFUNCIÓN :	1.- HOGAR _____ 2.- PRIMER NIVEL _____ 3.- HOSPITAL _____ 4.- TRASLADO _____						
9.- CAUSA DE LA MUERTE, SEGÚN LA AUTOPSIA VERBAL : _____							
9,1 ,- SI EL PACIENTE MURIÓ EN EL HOSPITAL ¿ CUAL ES LA CAUSA DE MUERTE DE ACUERDO CON EL EXPEDIENTE ? : _____							

II.- FALLAS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA EL CASO)						
10.- NO SOLICITÓ ATENCIÓN MEDICA EN FORMA OPORTUNA PORQUE :						
10,1 NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA <input type="checkbox"/> 10,2 POR FALTA DE ACCESIBILIDAD <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1 GEOGRÁFICA</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 CULTURAL</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 ECONÓMICA</td><td>_____</td></tr> </table>	1 GEOGRÁFICA	_____	2 CULTURAL	_____	3 ECONÓMICA	_____
1 GEOGRÁFICA	_____					
2 CULTURAL	_____					
3 ECONÓMICA	_____					
11.- EFECTUÓ AUTO PRESCRIPCIÓN INCORRECTA <input type="checkbox"/>						
12.- NO ADMINISTRO CORRECTAMENTE EL TRATAMIENTO INDICADO <input type="checkbox"/>						
13.- NO LLEVÓ AL PACIENTE AL HOSPITAL CUANDO SE LE INDICO, POR INACCESIBILIDAD :						
<table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1 GEOGRÁFICA</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 CULTURAL</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 ECONÓMICA</td><td>_____</td></tr> </table>	1 GEOGRÁFICA	_____	2 CULTURAL	_____	3 ECONÓMICA	_____
1 GEOGRÁFICA	_____					
2 CULTURAL	_____					
3 ECONÓMICA	_____					
14.- SI SE CONSIDERA ERRORES EN LAS ACCIONES DE LA FAMILIA, EXPLIQUE PORQUE :						

III.- FALLAS DE LA ATENCIÓN NO MÉDICA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA EL CASO)	
15.- RECIBIÓ ATENCIÓN POR PERSONAL NO MEDICO, :	<input type="checkbox"/>
15.1. TIPO DE PERSONAL _____	
16.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
17.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS	<input type="checkbox"/>
18.- NO DIO INDICACIONES DE REGRESAR	<input type="checkbox"/>
19.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
20.- NO LE ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE	<input type="checkbox"/>
21.- SI SE CONSIDERA ERRORES EN LAS ACCIONES DEL PERSONAL NO MÉDICO, EXPLIQUE POR QUÉ :	

IV.- FALLAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA NECESARIO)

22.- NO IDENTIFICÓ FACTORES DE MAL PRONOSTICO

23.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA

24.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS

25.- NO DIO INDICACIONES DE REGRESAR

26.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA

27.- NO LO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE

28.- NO SE PROPORCIONÓ ATENCIÓN MÉDICA INSTITUCIONAL PORQUE :

- 1 LA UNIDAD MÉDICA ESTUVO CERRADA _____
- 2 NO HUBO MÉDICO _____
- 3 NEGÓ LA ATENCIÓN _____
- 4 EL RESPONSABLE DEL MENOR NO PUDO PAGAR LOS SERVICIOS _____

29.- SI SE CONSIDERAN ERRORES EN LAS ACCIONES DEL PERSONAL MÉDICO, EXPLIQUE POR QUÉ :

V.- FALLAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA NECESARIO)

30.- NO LE DIERON ATENCIÓN HOSPITALARIA POR QUÉ :

- 1 SE LA NEGARON _____
- 2 NO PUDO PAGAR LOS SERVICIOS _____

31.- RECIBIÓ TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y TUVO :

- 1 DIAGNÓSTICO INCORRECTO _____
- 2 TRATAMIENTO INADECUADO _____
- 3 ALTA PREMATURA _____

32.- SI CONSIDERARON ERRORES DE LAS ACCIONES HOSPITALARIAS, EXPLIQUE POR QUÉ :

VI.- CONCLUSIÓN (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA EL CASO)

33.- SE CONSIDERA QUE LAS FALLAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUE PARTICIPARON EN EL HECHO DE QUE EL NIÑO MURIERA, FUERON :

- 1 LA FAMILIA _____
- 2 LA ATENCIÓN NO MEDICA _____
- 3 LA ATENCIÓN MEDICA FUERA DEL HOSPITAL _____ PÚBLICA _____ PRIVADA _____
- 4 LA ATENCIÓN HOSPITALARIA _____ PÚBLICA _____ PRIVADA _____
- 5 NINGUNO DE LOS ANTERIORES _____

VII.- PROPUESTAS

INSTRUCTIVO DEL DICTAMEN

DE LA AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato deberá ser llenado en la Reunión del Grupo de Análisis de la Mortalidad en base a la autopsia verbal, el certificado de defunción, y en su caso, el resumen del expediente clínico. Utilice en preguntas cerradas una "X" y en preguntas abiertas, anote con letra de molde y legible los datos que se solicitan.

Si requiere hacer más anotaciones y el espacio es insuficiente, adicione al reverso de la hoja los datos complementarios según el punto de referencia.

Para la evaluación de la toma de decisiones de la madre o del personal que atención el caso, se debe considerar como adecuado lo señalado en el manual de procedimientos de enfermedad diarreica vigente.

El objetivo de este instructivo es señalar al grupo de análisis, en que preguntas de la autopsia verbal se pueden basar para realizar el dictamen.

Folio. Registre el folio de la autopsia verbal que corresponde al dictamen.

Fecha. Anote con números arábigos la fecha de realización del dictamen.

I. RESUMEN

Nota importante. Este apartado debe ser llenado, cuando se haya concluido el dictamen de la autopsia verbal (AV).

1. *Se calificará que una autopsia verbal es adecuada*, cuando a partir de la información obtenida, se pueda definir si el diagnóstico de defunción es por infección respiratoria aguda y, que además, se pueda realizar el dictamen en relación con las fallas en el proceso de atención.

2. Señale si reunió los criterios especificados para considerarla una muerte por infección respiratoria aguda

3-5. Datos de identificación del caso, nombre de localidad, jurisdicción y municipio respectivamente.

6. Utilice números arábigos, anotando la edad del fallecido en años y meses, la casilla de días utilícela sólo si el fallecido tenía menos de un mes de edad.

7. Señale según corresponda.

8.- Este dato debe ser obtenido de la respuesta a la pregunta 56.

9. Especifique la causa de muerte que define el grupo, en base a los datos de la autopsia verbal y en su caso, al resumen del expediente clínico.

9.1. Si la muerte ocurrió en el hospital, y se dispone del resumen del expediente clínico, se debe anotar la causa consignada en él.

II. FALLAS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR.

Este apartado se dictaminará en caso de que la madre haya atendido primero al niño en su casa.

10. *No solicito atención oportuna por qué.* El no haber solicitado atención oportuna se dictamina de acuerdo a las respuestas de los apartados V y VI.

10.1. *No reconoció los signos de alarma.* Analizar las respuestas de las preguntas 14, 15, 16, 21 y 22.

10.2. *Por falta de accesibilidad.* Se refiere a las dificultades que tuvo la madre, para no solicitar atención no hospitalizada en forma oportuna y pueden ser de tipo geográfico (crecimiento de un río, caminos intransitables, no había transporte o por estar el servicio de salud muy lejano, etc.); Cultural (ciertas costumbres o creencias que impiden solicitar atención, necesitaba la autorización del esposo para tomar la decisión y no se encontraba en ese momento, etc.) y económica (no tenía dinero o lo suficiente para pagar el traslado, la consulta o los medicamentos, etc.). La inaccesibilidad se detecta en la respuesta a la pregunta 23 de la autopsia verbal.

11. *Efectuó autoprescripción incorrecta.* La respuesta se obtiene en la pregunta 20.

12. *No administró correctamente el tratamiento indicado.* Se define con las respuestas de las preguntas 39, 40, 54 y 55.

13. *No llevó al paciente al hospital cuando se le indicó, por inaccesibilidad.* En base a la respuesta de la pregunta 35 y se refiere a las dificultades que tuvo la madre, para no solicitar atención oportuna, descritas en este instructivo en la pregunta 10.2. y consideradas en las respuestas a las preguntas 36 a 38,

14. *Si se consideran errores en las acciones de la familia, explicar por qué.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones que la madre realizó y que influyeron en la defunción.

III. FALLAS DE ATENCIÓN NO MÉDICA

Requisitar este apartado sólo si la respuesta a la pregunta 18 es afirmativa.

15. *Recibió atención por personal no médico.* En caso positivo seguir con el punto 18.1.

15.1. *Qué tipo de personal.* Analice las opciones de la pregunta 36 e identifique que tipo de personal atendió al menor. Si es más de uno anote según el orden que especifica la autopsia verbal.

16. *No identificó signos de alarma.* En base al análisis global del caso, apegado a cuadro clínico y manejo indicado. Según las respuestas del apartado V, VI y VII.

17. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a la respuesta de la pregunta 29 y 44

18. *NO dio indicaciones de regresar.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 30 a 32, 45 a 47.

19. *NO enseñó a reconocer los signos de alarma.* En base a las respuestas de las preguntas 33, 34, 48 y 49.

20. *NO envió al hospital oportunamente.* En base al análisis de las respuestas a las preguntas 35, 50 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 15.

21. *Si se consideran errores en las acciones del personal no médico, explique.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones realizadas por parte del personal no médico y que influyeron en la defunción.

IV. FALLAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

Este apartado se dictaminará sólo el niño recibió atención médica.

22. *NO identificó factores de mal pronóstico.* Se asocia con las respuestas de las preguntas 9, 10, 11, 12, 13 y el tratamiento propuesto según las respuestas a las preguntas 27 a 38, 35 a 50.

23. *NO identificó signos de alarma.* Esto en base al análisis global del caso, apegado a cuadro clínico y manejo indicado.
24. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a las respuestas de las preguntas 29 y 44.
25. *NO dio indicaciones de regresar.* En base a las respuestas de las preguntas 45 a 47
26. *No enseñó a reconocer signos de alarma.* En base al análisis de las respuestas de las preguntas 30, 32, 45 a 47.
27. *NO envió al hospital oportunamente.* Se define conociendo los motivos expuestos en las respuestas de las preguntas 35, 50, 77 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 14.
28. *No proporcionó atención médica institucional porque.* En base a la respuesta en la pregunta 23.
29. *Si se consideran errores en las acciones del personal médico, explique.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención de acuerdo a las acciones realizadas por parte del personal médico y que influyeron en la defunción.

V. FALLAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Este apartado se dictaminará sólo si acudió a solicitar atención a alguna unidad hospitalaria.

30. *NO le dieron atención hospitalaria por qué.* Se determina en las respuestas de las preguntas 53 y 79. Además analizando el caso, del por qué no fue hospitalizado, en las preguntas 38 y 53.
31. *Recibió tratamiento hospitalario y tuvo.* En base al análisis del resumen o expediente clínico.
32. *Si se consideran errores de las acciones hospitalarias, explique por qué.* Describir la impresión del grupo en cuanto a las fallas o errores observados en el proceso de atención hospitalaria y que tengan relación con la defunción.

VI. CONCLUSIÓN.

33. *Se considera que las fallas del proceso de atención que participaron en que el niño o la niña muriera fueron de.* En este apartado se resume e identifican las fallas referidas en éste dictamen.

VII. PROPUESTAS

El grupo describirá las propuestas que considere pertinentes de acuerdo a las fallas detectadas en el proceso de atención del presente caso, tratándose de involucrar propuestas concretas para cada institución participante.

Autopsia verbal para otras causas prioritarias en los menores de 10 años

Este cuestionario se aplicará únicamente a la persona que estuvo al cuidado del menor desde el inicio de la enfermedad hasta su deceso ya sea la madre o familiar

SECCIÓN 1: Información general

1.1. Nombre del (a) niño(a) _____
(primer nombre completo) (apellido paterno) (apellido materno)

1.2. Sexo del (a) niño(a) 1.2.1. Masculino 1.2.2. Femenino

1.3. Entidad Federativa _____ 1.4 Jurisdicción _____

1.5. Localidad _____ 1.6. Municipio _____

1.7. Dirección de la vivienda _____
(calle) (número) (colonia)

(Anote referencias)

1.7.1. Teléfono u otro medio de comunicación para contactarlo _____

1.8. Folio del certificado de defunción _____

1.8.1.- Causa básica según Certificado defunción: _____ CIE-10 _____, _____, _____

1.9. Derechohabencia

1.9.1 IMSS

1.9.2 ISSSTE

1.9.3 ISSEMyM

1.9.4 Seguro popular

1.9.5 Se ignora

1.9.6 Otras: (especificar)

1.10 Apartado en caso de no aceptación de la entrevista (Cuando la entrevista no se lleve a cabo especifique los motivos marcando una X en los recuadros inferiores según corresponda)

1.10.1. No se encontró a los familiares

1.10.2. Cambio de domicilio

1.10.3. Domicilio falso

1.10.4. Se negó **(pasar a la 1.10.4.1)**

1.10.4.1. Cuando la persona no desee participar en la entrevista, solicite de favor, le llene el siguiente recuadro:

El que suscribe C. _____			
(primer nombre)	(segundo nombre)	(apellido paterno)	(apellido materno)
Exponga los motivos por los que no desea participar en la encuesta:			
_____		_____	
Firma		Fecha	

SECCION 2: Información acerca de la entrevista y entrevistador

2.1. Idioma o dialecto en el que se realiza la entrevista _____

2.2. Nombre del entrevistador y cargo _____

2.3 Fecha y Firma _____

2.4. Fechas de los procesos de la entrevista realizada.	Día	Mes	Año	Hora
2.4.1. Fecha y hora en que realizó la entrevista				
2.4.2. Fecha en la que ingresó el cuestionario a la jurisdicción sanitaria <i>[Dato registrado por el entrevistador al entregar cuestionario al responsable jurisdiccional del PASIA]</i>				
2.4.3. Fecha de revisión del cuestionario por parte del responsable jurisdiccional PASIA <i>[Dato registrado por el responsable jurisdiccional del PASIA previo a la dictaminación en la sesión de COJUMI correspondiente]</i>				
2.4.4. Fecha en que el cuestionario ingresó al nivel estatal <i>[Lo registra el coordinador estatal del PASIA]</i>				
2.4.5. Fecha de revisión del cuestionario por parte del responsable estatal del PASIA <i>[Lo registra el Coordinador estatal del PASIA previo a la sesión de COERMI correspondiente]</i>				

SECCIÓN 3: Información acerca de la persona entrevistada al cuidado del menor

3.1. ¿Cuál es el nombre del entrevistado?

(nombre(s))

(apellido paterno)

(apellido materno)

3.2. ¿Cuál es la edad del entrevistado? [Registrar el número en años cumplidos]

Marque con una X la casilla correspondiente, según las respuestas del entrevistado.

3.3. ¿Cuál es la relación del entrevistado con el niño fallecido?

3.3.1 Padre

[]

3.3.6 Madre

[]

3.3.2 Abuelo

[]

3.3.7 Abuela

[]

3.3.3 Tío

[]

3.3.8 Tía

[]

3.3.4 Hermano

[]

3.3.9 Hermana

[]

3.3.5 Otro hombre

[]

3.3.10 Otra mujer

[]

(Especifique)

(Especifique)

3.4 Estado civil del entrevistado

3.4.1 Soltero(a)

[]

3.4.5 Viudo(a)

[]

3.4.2 Casado(a)

[]

3.4.6 Unión libre

[]

3.4.3 Divorciado(a)

[]

3.4.7 No sabe

[]

3.4.4 Separado(a)

[]

3.5 Escolaridad

3.5.1 Primaria

[]

3.5.5 Profesional

[]

3.5.2 Secundaria

[]

3.5.6 Posgrado

[]

3.5.3 Técnico

[]

3.5.7 Analfabeta

[]

3.5.4 Preparatoria

[]

3.6 Ocupación del(a) entrevistado(a)

3.6.1 Hogar

[]

3.6.5 Trabaja por su cuenta

[]

3.6.2 Estudiante

[]

3.6.6 No trabaja

[]

3.6.3 Campesino

[]

3.6.7 Otras

[]

3.6.4 Empleado

[]

(Especifique)

3.7 Indicar si los padre vivían con el menor

3.7.1. Sí 3.7.2. No

3.8 Si la madre no estuvo presente en la entrevista ¿La madre aún vive?

3.8.1. Sí 3.8.2. No

3.9. En Caso de existir personas adicionales al entrevistado, ¿Quiénes de ellos estuvieron presentes durante la enfermedad que precedió a la muerte/hospitalización

Presente en la
entrevistaPresente durante la
enfermedad

3.9.1 Madre

[]

[]

3.9.2 Padre

[]

[]

3.9.3 Abuela

[]

[]

3.9.4 Abuela

[]

[]

3.9.5 Tía

[]

[]

3.9.6 Tío

[]

[]

3.9.7 Otra persona

[]

[]

(Especifique)

SECCIÓN 4: Características de la vivienda

4.1. ¿La casa cuenta con piso firme? (Que no sea piso de tierra)

4.1.1. Sí 4.1.2. No **4.2. Servicios**

4.2.1	Disponibilidad de agua para consumo humano	Si	No
4.2.1.1	Dentro de la vivienda		
4.2.1.2	Llave pública		
4.2.1.3	Pozo		
4.2.1.4	Pipas o depósito		
4.2.1.5	No disponible		

4.2.2.	¿Para cocinar qué medio de combustión utiliza?	Si	No
4.2.2.1	Gas		
4.2.2.2	Leña		
4.2.2.3	Carbón		
4.2.2.4	Estufa eléctrica		
4.2.2.5	Otro (especifique)		

4.2.3.	Eliminación de excretas	Si	No
4.2.3.1	W.C. (drenaje público)		
4.2.3.2	Letrina		
4.2.3.3	Fosa séptica		
4.2.3.4	Fecalismo al aire libre		

4.2.4	En la casa se dispone de los siguientes	Si	No
4.2.4.1	Radio		
4.2.4.2	Televisión		
4.2.4.3	Refrigerador		
4.2.4.4	Lavadora		
4.2.4.5	Teléfono		
4.2.4.6	Horno microondas		
4.2.4.7	Luz eléctrica		

4.2.5 Frecuencia de Uso del Horno de Microondas4.2.5.1.- 1 a 2 veces por semana 4.2.5.2.- 3 a 5 veces por semana 4.2.5.3.- Toda la semana 4.2.6 La casa está cerca de un transformador de luz (menos de 100mts²)4.2.6.1. Sí 4.2.6.2. No

SECCIÓN 5: Información acerca del niño (a)									
5.1	Fecha de nacimiento del niño(a)	5.1.1	Fecha <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año							
5.2	¿Cuánto pesó al nacer?	2.2.1	Peso en Kilogramos						
5.3	¿Qué lugar ocupa dentro del número de hijos?	5.3.1	Número de hijo (Anote primero, segundo, etc.)						
5.4	¿En qué fecha falleció?	5.4.1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año							
5.5	¿Dónde murió?	5.5.1	Hospital de Secretaría de salud						
		5.5.2	Hospital del IMSS						
		5.5.3	Hospital del ISSSTE						
		5.5.4	Hospital de PEMEX						
		5.5.5	Hospital de SEDENA						
		5.5.6	Hospital Privado						
		5.5.7	Centro de Salud						
		5.5.8	Unidad de Medicina Familiar IMSS-OB						
		5.5.9	Unidad de Medicina Familiar de IMSS OPORTUNIDADES						
		5.5.10	Unidad de primer nivel de atención PEMEX						
		5.5.11	Clínica de primer nivel de atención SEDENA						
		5.5.12	Médico privado						
		5.5.13	Hogar						
		5.5.14	Camino al Hospital o a la unidad médica						
		5.5.15	Vía pública						
		5.5.16	Otra						
5.6	Anote el nombre y la dirección de la Unidad médica o del hospital, <i>[cuando la muerte hubiese ocurrido en alguno de estos lugares]</i>	5.6.1	Nombre y dirección <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						
5.7	¿Aparte de [mencione el nombre del menor] algún otro niño menor de 10 años ha fallecido en esta familia?	5.7.1	Sí						
		5.7.2	No <i>(pase a la 5.9)</i>						
5.8	¿De qué falleció el otro menor	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>							
5.9	¿Tiene la Cartilla Nacional de Salud de [mencione el nombre del infante]	5.9.1	Sí						
		5.9.2	No <i>(pase a la 5.11)</i>						

5.10. Solicite le muestre la cartilla y anote los datos registrados que aparezcan en ella.

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Dosis	Fecha de aplicación	Dosis	Fecha de aplicación	Dosis	Fecha de aplicación
5.10.1 BCG								
5.10.2 Hepatitis B								
5.10.3 Pentavalente acelular								
5.10.4 D.P.T.								
5.10.5 Rotavirus								
5.10.6 Neumocócica Conjugada								
5.10.7 Influenza								
5.10.8 SRP								
5.10.9 Sabin								
5.10.10 Otras								

5.11 Registre la fecha de aplicación de vitamina A, tamiz neonatal y tamiz auditivo que aparecen en la Cartilla Nacional de Salud

5.11.1. Vitamina A			5.11.2. Tamiz neonatal			5.11.3. Tamiz auditivo		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

5.12 ¿El niño padecía alguna enfermedad previa?

	SI (1)	NO (2)	NO SABE (3)
5.12.1 Enfermedad del corazón			
5.12.2 Azúcar en la sangre (diabetes)			
5.12.3 Asma			
5.12.4 Epilepsia			
5.12.5 Desnutrición			
5.12.6 Cáncer (Especifique)			
5.12.7 Tuberculosis			
5.12.8 VIH			
5.12.9 Otras (Especifique)			

SECCIÓN 7, 8 y 9: CAUSAS PROBABLES QUE ORIGINARON LA MUERTE DEL NIÑO O NIÑA DEPENDIENDO DEL GRUPO DE EDAD

SECCIÓN 7: Muerte Neonatal (utilice esta sección si el niño o niña tenía menos de cuatro semanas o 28 días de vida, excepto accidentes)

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su embarazo sobre los síntomas que presentó (en caso de no estar presente la madre, hacer las preguntas al adulto que tenga conocimiento de los mismos y que haya estado a cargo del menor finado). Le comento que algunas preguntas no tienen relación con la muerte de [mencione el nombre del(a) niño(a)], todo lo que estamos preguntando nos ayudará a evitar que en el futuro otros niños fallezcan por las mismas causas.

Marque con una X la casilla correspondiente según las respuestas del entrevistado.

Apartado I.- Historia del Embarazo							
7.1	¿Cuántas veces se ha embarazado?	7.1.1	Número de embarazos	<input type="text"/>			
					(Registrar cantidad con número)		
		7.1.2	No sabe	<input type="checkbox"/>			
7.2	¿Cuántos años tenía la mamá cuando se embarazó de [mencione el nombre del(a) niño(a)]	7.2.1	Años	<input type="text"/>			
					(Registrar cantidad con número)		
7.3	¿Cuántos meses duró embarazada de [mencione el nombre del(a) niño(a)]?	7.3.1	Meses	<input type="text"/>			
					(Registrar cantidad con número)		
		7.3.2	No sabe	<input type="checkbox"/>			
7.4	Durante el primer trimestre del embarazo, presentó:				SI (1)	NO (2)	NO SABE (3)
		7.4.1	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.4.2	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.4.3	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.4.4	Enfermedades Exantemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.4.5	Amenaza de aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.4.6	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Especifique: _____				
7.5	¿Durante los últimos tres meses del embarazo, la mamá sufrió alguna de los siguientes signos y/o síntomas?	ENFERMEDAD			SI (1)	NO (2)	NO SABE (3)
		7.5.1	Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.2	Flujo vaginal mal oliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.3	Cara hinchada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.4	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.5	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.6	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.7	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.8	Dolor abdominal (Que no sea dolor de parto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.9	Palidez y falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.10	Infecciones de vías urinarias persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.5.11	Infecciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5.12	Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Especifique: _____				

7.6	¿Su embarazo, de cuantos bebés fue?	7.6.1	Único	<input type="text"/>	
		7.6.2	Gemelar	<input type="text"/>	
		7.6.3	Más de tres bebés en el mismo embarazo	<input type="text"/>	
		7.6.4	No sabe	<input type="text"/>	
7.7	¿Durante el embarazo, acudió a consultas de revisión? (control prenatal)	7.7.1	Sí	<input type="text"/>	
		7.7.2	No	<input type="text"/>	
		7.7.3	No sabe	<input type="text"/>	
7.8	¿En qué mes del embarazo, inició el control prenatal?	7.8.1	Meses	<input type="text"/>	(Registrar cantidad con número)
		7.8.2	No sabe	<input type="text"/>	
7.9	¿El control prenatal fue realizado al inicio por?	7.9.1	Médico privado(General o especialista)	<input type="text"/>	
		7.9.2	Médico especialista	<input type="text"/>	
		7.9.3	Médico general	<input type="text"/>	
		7.9.4	Médico pasante	<input type="text"/>	
		7.9.5	Enfermera	<input type="text"/>	
		7.9.6	Auxiliar de salud	<input type="text"/>	
		7.9.7	Partera tradicional no adiestrada	<input type="text"/>	
		7.9.8	Partera tradicional capacitada	<input type="text"/>	
		7.9.9	Otro	<input type="text"/>	(Especifique)
		7.9.10	No sabe	<input type="text"/>	
7.10	¿El control prenatal fue realizado al final por?	7.10.1	Médico privado(General o especialista)	<input type="text"/>	
		7.10.2	Médico especialista	<input type="text"/>	
		7.10.3	Médico general	<input type="text"/>	
		7.10.4	Médico pasante	<input type="text"/>	
		7.10.5	Enfermera	<input type="text"/>	
		7.10.6	Auxiliar de salud	<input type="text"/>	
		7.10.7	Partera tradicional no adiestrada	<input type="text"/>	
		7.10.8	Partera tradicional capacitada	<input type="text"/>	
		7.10.9	Otro	<input type="text"/>	(Especifique)
		7.10.10	No sabe	<input type="text"/>	
7.11	¿A cuántas consultas prenatales acudió?	7.11.1	Número de consultas	<input type="text"/>	(Registrar cantidad con número)
		7.11.2	No sabe	<input type="text"/>	
7.12	¿Cuántos kilos subió durante el embarazo?	7.12.1	Peso al inicio del embarazo	<input type="text"/>	Kilogramos
		7.12.2	Peso al final del embarazo	<input type="text"/>	Kilogramos

7.6	¿Su embarazo, de cuantos bebés fue?	7.6.1	Único	<input type="text"/>	
		7.6.2	Gemelar	<input type="text"/>	
		7.6.3	Más de tres bebés en el mismo embarazo	<input type="text"/>	
		7.6.4	No sabe	<input type="text"/>	
7.7	¿Durante el embarazo, acudió a consultas de revisión? (control prenatal)	7.7.1	Sí	<input type="text"/>	
		7.7.2	No	<input type="text"/>	
		7.7.3	No sabe	<input type="text"/>	
7.8	¿En qué mes del embarazo, inició el control prenatal?	7.8.1	Meses	<input type="text"/>	(Registrar cantidad con número)
		7.8.2	No sabe	<input type="text"/>	
7.9	¿El control prenatal fue realizado al inicio por?	7.9.1	Médico privado(General o especialista)	<input type="text"/>	
		7.9.2	Médico especialista	<input type="text"/>	
		7.9.3	Médico general	<input type="text"/>	
		7.9.4	Médico pasante	<input type="text"/>	
		7.9.5	Enfermera	<input type="text"/>	
		7.9.6	Auxiliar de salud	<input type="text"/>	
		7.9.7	Partera tradicional no adiestrada	<input type="text"/>	
		7.9.8	Partera tradicional capacitada	<input type="text"/>	
		7.9.9	Otro	<input type="text"/>	(Especifique)
		7.9.10	No sabe	<input type="text"/>	
7.10	¿El control prenatal fue realizado al final por?	7.10.1	Médico privado(General o especialista)	<input type="text"/>	
		7.10.2	Médico especialista	<input type="text"/>	
		7.10.3	Médico general	<input type="text"/>	
		7.10.4	Médico pasante	<input type="text"/>	
		7.10.5	Enfermera	<input type="text"/>	
		7.10.6	Auxiliar de salud	<input type="text"/>	
		7.10.7	Partera tradicional no adiestrada	<input type="text"/>	
		7.10.8	Partera tradicional capacitada	<input type="text"/>	
		7.10.9	Otro	<input type="text"/>	(Especifique)
		7.10.10	No sabe	<input type="text"/>	
7.11	¿A cuántas consultas prenatales acudió?	7.11.1	Número de consultas	<input type="text"/>	(Registrar cantidad con número)
		7.11.2	No sabe	<input type="text"/>	
7.12	¿Cuántos kilos subió durante el embarazo?	7.12.1	Peso al inicio del embarazo	<input type="text"/>	Kilogramos
		7.12.2	Peso al final del embarazo	<input type="text"/>	Kilogramos

7.13	¿Ingerió ácido fólico?	7.13.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.13.2	No (pase a la 7.15)	<input type="checkbox"/>
		7.13.3	No sabe (pase a la 7.15)	<input type="checkbox"/>
7.14	¿Durante cuánto tiempo ingerió el ácido fólico?	7.14.1	Tres meses antes de embarazarse	<input type="checkbox"/>
		7.14.2	En los tres primeros meses del embarazo	<input type="checkbox"/>
		7.14.3	Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/>
		7.14.4	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.15	¿Ingerió hierro?	7.15.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.15.2	No (pase a la 7.17)	<input type="checkbox"/>
		7.15.3	No sabe (pase a la 7.17)	<input type="checkbox"/>
7.16	¿Durante cuánto tiempo ingerió el hierro?	7.16.1	Tres meses antes de embarazarse	<input type="checkbox"/>
		7.16.2	En los tres primeros meses del embarazo	<input type="checkbox"/>
		7.16.3	Otro: (Especifique)	<input type="checkbox"/>
		7.16.4	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.17	¿La mamá recibió la vacuna contra tétanos y difteria (Td)?	7.17.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.17.2	No (Pase a la 7.19)	<input type="checkbox"/>
		7.17.3	No sabe (Pase a la 7.19)	<input type="checkbox"/>
7.18	¿Cuántas dosis de vacuna recibió?	7.18.1	Número de dosis	<input type="text"/> <input type="text"/> (Registrar cantidad con número)
7.19	¿Alguna vez la mamá ha sido vacunada contra sarampión y rubéola?	7.19.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.19.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.19.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
Apartado II.- Atención del Parto				
7.20.	¿En dónde se atendió el parto?	7.20.1	Hospital público	<input type="checkbox"/>
		7.20.2	Hospital privado	<input type="checkbox"/>
		7.20.3	Hogar	<input type="checkbox"/>
		7.20.4	Centro de salud	<input type="checkbox"/>
		7.20.5	Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/>
7.21	¿Quién le atendió el parto	7.21.1	Médico especialista	<input type="checkbox"/>
		7.21.2	Médico general	<input type="checkbox"/>
		7.21.3	Médico pasante	<input type="checkbox"/>
		7.21.4	Enfermera	<input type="checkbox"/>
		7.21.5	Auxiliar de enfermería	<input type="checkbox"/>
		7.21.6	Partera capacitada	<input type="checkbox"/>
		7.21.7	Partera tradicional no adiestrada	<input type="checkbox"/>
		7.21.8	Otro personal de salud	<input type="checkbox"/>
		7.21.9	Familiar	<input type="checkbox"/>
		7.21.10	La misma paciente	<input type="checkbox"/>
		7.21.11	Otra persona(Especifique)	<input type="checkbox"/>
		7.21.12	No sabe	<input type="checkbox"/>

7.22	¿Cuándo se le rompió la fuente?	7.22.1	Antes del trabajo de parto	<input type="checkbox"/>
		7.22.2	Durante el trabajo de parto	<input type="checkbox"/>
		7.22.3	Nunca se rompió (Pase a la 7.25)	<input type="checkbox"/>
		7.22.4	No sabe (Pase a la 7.25)	<input type="checkbox"/>
7.23	¿El líquido tenía mal olor?	7.23.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.23.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.23.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.24	¿Cuántas horas después de qué se le rompió la fuente nació el (la) niño (a)?	7.24.1	Menos de 12 horas	<input type="checkbox"/>
		7.24.2	12 horas o más	<input type="checkbox"/>
		7.24.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.25	¿El bebé dejó de moverse en el vientre?	7.25.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.25.2	No (Pase a la 7.27)	<input type="checkbox"/>
		7.25.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.26	¿El bebé, en que momento dejó de moverse?	7.26.1	Antes del trabajo de parto	<input type="checkbox"/>
		7.26.2	Durante el trabajo de parto	<input type="checkbox"/>
		7.26.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.27	¿La persona que la atendió durante el trabajo de parto, revisó los latidos del corazón del bebé?	7.27.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.27.2	No (Pase a la 7.29)	<input type="checkbox"/>
		7.27.3	No sabe (Pase a la 7.29)	<input type="checkbox"/>
7.28	¿El bebé tenía latidos cardiacos?	7.28.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.28.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.28.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.29	¿Durante el posparto le transfundieron sangre?	7.29.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.29.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.29.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.30	¿Qué tipo de parto fue?	7.30.1	Normal (vaginal)	<input type="checkbox"/>
		7.30.2	Cesárea	<input type="checkbox"/>
		7.30.3	Uso de fórceps	<input type="checkbox"/>
		7.30.4	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.31	¿Qué parte del bebé salió primero?	7.31.1	Cabeza	<input type="checkbox"/>
		7.31.2	Nalgas	<input type="checkbox"/>
		7.31.3	Pies	<input type="checkbox"/>
		7.31.4	Manos o brazo	<input type="checkbox"/>
		7.31.5	Otro _____ (Especifique)	<input type="checkbox"/>
		7.31.6	No sabe	<input type="checkbox"/>

7.32	¿El cordón umbilical salió antes que el bebé?	7.32.1	Sí	<input type="checkbox"/>		
		7.32.2	No	<input type="checkbox"/>		
		7.32.3	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.33	¿Tuvieron que realizarle algún corte para que naciera su bebé?	7.33.1	Sí	<input type="checkbox"/>		
		7.33.2	No (pase a la 7.34)	<input type="checkbox"/>		
7.34	¿Hubo desgarro vaginal?	7.34.1	Sí	<input type="checkbox"/>		
		7.34.2	No	<input type="checkbox"/>		
7.35	¿Tuvieron que auxiliarle con algún método externo para que su bebé naciera?	7.35.1	Sí (pase a la 7.36)	<input type="checkbox"/>		
		7.35.2	No	<input type="checkbox"/>		
		7.35.3	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.36	¿Qué tipo de método?	7.36.1	Presión abdominal	<input type="checkbox"/>		
		7.36.2	Algún instrumental (Fórceps)	<input type="checkbox"/>		
		7.36.3	Otros _____ (Especifique)	<input type="checkbox"/>		
Apartado III- PRODUCTO						
7.37	¿El bebé lloró al nacer?	7.37.1	Si	<input type="checkbox"/>		
		7.37.2	No	<input type="checkbox"/>		
		7.37.3	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.38	¿Qué color tenía el bebé después del nacimiento?	7.38.1	Normal	<input type="checkbox"/>		
		7.38.2	Pálido	<input type="checkbox"/>		
		7.38.3	Azulado	<input type="checkbox"/>		
		7.38.4	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.39	¿El bebé tenía movimientos después de nacer?	7.39.1	Si	<input type="checkbox"/>		
		7.39.2	No	<input type="checkbox"/>		
		7.39.3	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.40	¿El bebé fue capaz de respirar por sí solo después de nacer?	7.40.1	Si	<input type="checkbox"/>		
		7.40.2	No (pase a la 7.41)	<input type="checkbox"/>		
		7.40.3	No sabe	<input type="checkbox"/>		
7.41	¿Qué clase de ayuda le dieron a su bebé para que pudiera respirar?	7.41.1	Frotar vigorosamente la espalda	<input type="checkbox"/>		
		7.41.2	Aplicación de Oxígeno	<input type="checkbox"/>		
		7.41.3	Colocación de un tubo en su tráquea (intubación)	<input type="checkbox"/>		
		Pase a la sección de reanimación neonatal avanzada de ser afirmativa la respuesta				
		7.41.4	Otros _____ (Especifique)	<input type="checkbox"/>		

Reanimación Neonatal Avanzada				
7.42	¿Le dieron masaje en el corazón a su bebé?	7.42.1	Si	<input type="checkbox"/>
		7.42.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.42.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.43	¿Le aplicaron alguna sustancia a su bebé, para que mejoraran los latidos de su corazón?	7.43.1	Si	<input type="checkbox"/>
		7.43.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.43.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.44	¿Sabe en cuanto tiempo mejoro la condición de su bebé?	7.44.1	1 minuto	<input type="checkbox"/>
		7.44.2	5 minutos	<input type="checkbox"/>
		7.44.3	7 minutos	<input type="checkbox"/>
		7.44.4	10 minutos	<input type="checkbox"/>
		7.44.5	Nunca mejoró	<input type="checkbox"/>
		7.44.6	No sabe	<input type="checkbox"/>

7.45	¿Cuántos meses o semanas de embarazo tenía usted, cuando el bebé nació?	7.45.1	Meses	<input type="checkbox"/>
		7.45.2	Semanas	<input type="checkbox"/>
		7.45.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.46	¿Cuánto midió el bebé?	7.46.1	Centímetros	<input type="checkbox"/>
		7.46.2	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.47	Perímetro Cefálico del bebé	7.47.1	Centímetros	<input type="checkbox"/>
		7.47.2	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.48	¿Cuánto pesó el bebé?	7.48.1	Kilogramos	<input type="checkbox"/>
		7.48.2	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.49	¿Se le aplicó vitamina K?	7.49.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.49.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.49.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.50	¿Le aplicaron gotitas (cloranfenicol) en sus ojos?	7.50.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.50.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.50.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.51	¿Al momento de nacer su bebé tenía alguna lesión o hueso roto?	7.51.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.51.2	No (Pase a la 7.53)	<input type="checkbox"/>
		7.51.3	No sabe (Pase a la 7.53)	<input type="checkbox"/>
7.52	¿En qué parte del cuerpo estaba la lesión?	7.52.1	Ubicación de la lesión	<input type="text"/>
7.53	¿El bebé tenía paralizada alguna parte de su cuerpo? Ubicación de la lesión	7.53.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.53.2	No (Pase a la 7.55)	<input type="checkbox"/>
		7.53.3	No sabe (Pase a la 7.55)	<input type="checkbox"/>

7.54	¿En qué parte del cuerpo tenía la parálisis?	7.54.1	Ubicación de la parálisis	
7.55	¿El bebé tenía alguna malformación?	7.55.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.55.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.55.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.56	¿Qué tipo de malformación tenía?	7.56.1	Abultamiento en la espalda baja	<input type="checkbox"/>
		7.56.2	Cabeza muy grande	<input type="checkbox"/>
		7.56.3	Cabeza muy pequeña	<input type="checkbox"/>
		7.56.4	Defecto de labio y/o paladar	<input type="checkbox"/>
		7.56.5	Otras malformaciones (Especifique)	<input type="checkbox"/>
		7.56.6	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.57	¿El bebé fue amamantado?	7.57.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		7.57.2	No	<input type="checkbox"/>
		7.57.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
7.59	¿Cómo acostaba al bebé?	7.59.1	Boca Arriba	<input type="checkbox"/>
		7.59.2	Boca Abajo	<input type="checkbox"/>
		7.59.3	De lado	<input type="checkbox"/>
		7.59.4	De lado en Diagonal	<input type="checkbox"/>
		7.59.5	No sabe	<input type="checkbox"/>

APARTADO IV.- Cuadro clínico presentado por el paciente menor de cuatro semanas, antes de su fallecimiento

Para utilizar esta sección:

(a) **"SIGNOS Y/O SÍNTOMAS"**: El entrevistador deberá preguntar si el menor presentó alguno de los datos clínicos descritos en esta columna. Deberá dar tiempo para que el entrevistado responda.

(b) **"EL PACIENTE PRESENTÓ"**, de acuerdo a la respuesta del entrevistado, marque una X en el recuadro que corresponda a "SI", "NO" "NO SABE"

(c) **"FECHA DE INICIO"**: Registre la fecha de inicio señalando con números arábigos el día, mes y año, de este último registre los cuatro dígitos. Ejemplo: 18/ 03/2009

(d) **"DURACIÓN"**: Cuando el signo o síntoma se hubiese presentado por unas cuantas horas, registrar con número arábigo en el recuadro "Horas". Si la duración es de 24 horas o más, regístrelo en el recuadro de "Días".

(e) **"CÓDIGO DE ENFERMEDAD"**: En esta columna aparecen unos números que corresponden de manera independiente a un síndrome o enfermedad, que se agrupan en sistemas (en cada sistema se agrupan **algunas** de las enfermedades que corresponden a este rubro):

1.-Respiratorio: Taquipnea transitoria del recién nacido, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, Neumotórax, Atelectasia, Asfixia, Síndrome de aspiración Neonatal

2.-Metabólico: Trastornos hipertensivos maternos, Restricción del crecimiento intrauterino, Policitemias, Hipoglucemias, Ictericia y kernicterus

3.-Neurológico: Hemorragia periventricular e intraventricular, Asfixia, Meningitis

4.-Infeccioso: Sepsis, Onfalitis, Conjuntivitis, Infección respiratoria aguda, Enfermedad diarreica aguda, TORCH

5.-Digestivo: Enterocolitis, Íleo, Malabsorciones

6.-Anatómico: Defectos de pared abdominal, Malformaciones congénitas

7.-Hematológico: Enfermedad hemorrágica del recién nacido, Incompatibilidad Rh e isoimmunizaciones.

Estos números no se restan, dividen, multiplican o suman, ya que cada número es individual y se asignaron para codificar.

Los números que aparecen en la columna (e) deberán registrarse por paloteo en el cuadro "concentrado de Código de enfermedad", cuando se haya registrado una respuesta positiva en la columna (b).

7.60. ¿Durante la enfermedad que ocasionó la muerte de [mencione el nombre del(a) niño(a)], presentó alguno de los siguientes signos o síntomas?

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD* (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
	Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
7.60.1 Ojos amarillos									2, 4, 7
7.60.2 Se le pusieron las palmas de la manos y las plantas de los pies amarillos									2, 4
7.60.3 Dejó de succionar o de tomar biberón									1, 2, 3, 4, 5, 6
7.60.4 Inquieto o irritable									1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
7.60.5 Orina muy amarilla									2, ,4, 7
7.60.6 Dejó de orinar									2, 4
7.60.7 Convulsiones									2, 3, 4
7.60.8 Fiebre									4
7.60.9 Áreas de la piel que estaban calientes o rojas									4
7.60.10 Salpullido (granitos) en la piel con ampollas que contenían pus									4
7.60.11 Ombligo enrojecido									4
7.60.12 Tuvo distensión abdominal									4, 5, 6
7.60.13 Vómito									1, 4, 5, 6
7.60.14 Falta de evacuaciones									2, 4, 5, 6, 7

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD* (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
	Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
7.60.15	Sangre en el excremento								4, 5, 7
7.60.16	Respiración rápida								1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
7.60.17	Dificultad para respirar								1, 2, 3, 4
7.60.18	Aleteo nasal al respirar								1, 3, 4, 6
7.60.19	Se le marcaban las costillas al respirar (retracción de la pared torácica)								1, 4
7.60.20	El pecho y el abdomen se movían de manera desordenada la respirar (disociación toracoabdominal)								1, 2, 3, 4, 5
7.60.21	Se le pusieron las uñas y/o los labios morados								1, 2, 3, 4, 6
7.60.22	Tos								1, 4, 6
7.60.23	Dejó de llorar								1, 2, 3, 4
7.60.24	Quejidos								1, 2, 3, 4
7.60.25	Pérdida de la consciencia o no respondía a estímulos								1, 2, 3, 4
7.60.26	Diarrea								2, 4, 5, 6
7.60.27	Boca seca o llanto sin lágrimas								2, 4, 5
7.60.28	Fontanela hundida (mollera hundida)								2, 4
7.60.29	Fontanela abombada (mollera abombada)								3, 7
7.60.30	Piel fría constante (a pesar de mantenerlo cubierto)								3, 4
7.60.31	Vomito inmediato (al consumo de leche)								2, 4, 5, 6, 7

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS		(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD* (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
		Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
7.60.32	Evisceración al nacimiento (gastroquisis)									6
7.60.33	Protuberancias anormales en el cráneo									6
7.60.34	Abultamiento lumbar									6
7.60.35	Palidez									3, 4, 7
7.60.36	Coloración roja generalizada									2, 7

7.61 ¿Le informaron de qué murió [mencione el nombre del(a) niño(a)]?

8.52.1 Sí [] (pase a la 7.62)

8.52.2 No []

8.52.3 No recuerda []

7.62 ¿De qué murió?

_____ (Especifique)

Los siguientes datos deberán ser llenados en la sesión del COJUMI como complemento de la dictaminación de la autopsia verbal y se deberán comparar con las causas registradas en el certificado de Defunción.

CONCENTRADO

Código de enfermedad	Número de veces que se repite el código de la enfermedad (Paloteo)
1= Respiratorio	
2= Metabólico	
3= Neurológico	
4= Infeccioso	
5= Digestivo	
6= Anatómico	
7= Hematológico	

El número que se repita con más frecuencia en el concentrado del código de enfermedad dará como resultado las probables causas de muerte, las cuales deberán ser registradas de mayor a menor frecuencia en el recuadro de la parte inferior "Resultados de Causas Probable de muerte en el menor de 28 días".

7.63.- RESULTADO DE CAUSA PROBABLE DE MUERTE EN EL MENOR DE 28 DÍAS

CAUSAS PROBABLES DE MUERTE	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
PRIMERA	
SEGUNDA	
TERCERA	

Pasar a la sección 10 tratamiento y registro.

SECCIÓN 8: Muerte del lactante, preescolar o escolar (29 días de vida hasta 9 año 11 meses de edad)

(a) **"SIGNOS Y/O SÍNTOMAS"**: El entrevistador deberá preguntar si el menor presentó alguno de los datos clínicos descritos en esta columna. Deberá dar tiempo para que el entrevistado responda.

(b) **"EL PACIENTE PRESENTÓ"**, de acuerdo a la respuesta del entrevistado, marque una X en el recuadro que corresponda a "SI", "NO" "NO SABE"

(c) **"FECHA DE INICIO"**: Registre la fecha de inicio señalando con números arábigos el día, mes y año, de este último registre los cuatro dígitos. Ejemplo: 18/ 03/2009

(d) **"DURACIÓN"**: Cuando el signo o síntoma se hubiese presentado por unas cuantas horas, registrar con número arábigo en el recuadro "Horas". Si la duración es de 24 horas o más, regístrelo en el recuadro de "Días".

(e) **"CÓDIGO DE ENFERMEDAD"**: En esta columna aparecen unos números que corresponden de manera independiente a un síndrome o enfermedad

- 1=Sepsis
- 2=Meningitis
- 3=Neumonía o Infección respiratoria aguda
- 4=Enfermedad diarreica aguda
- 5=Tétanos
- 6=Ictericia
- 7=Asfixia
- 8=Cáncer
- 9=Desnutrición).

Estos números no se restan, dividen, multiplican o suman, ya que cada número es individual y se asignaron para codificar el nombre de la enfermedad.

Los números que aparecen en la columna (e) deberán registrarse por paloteo en el cuadro "concentrado de Código de enfermedad", cuando se haya registrado una respuesta positiva en la columna (b).

8.1 ¿Durante la enfermedad que ocasionó la muerte de [mencione el nombre del(a) niño(a)], presentó alguno de los siguientes signos o síntomas?

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
	Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
8.1.1 Pérdida de la consciencia o no respondía a estímulos									1, 2, 6

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
	Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
8.1.2	Convulsiones (ataques)								2, 5, 8
8.1.3	Fontanela abombada (mollera abombada)								2, 8
8.1.4	Fontanela hundida (mollera caída)								4
8.1.5	Ojos amarillos								1, 6
8.1.6	Ombligo enrojecido								5
8.1.7	Áreas de la piel que estaban calientes o rojas								1
8.1.8	Salpullido (granitos) en todo el cuerpo								1
8.1.9	Manchas en el cuerpo y cara								8
8.1.10	Salpullido (granitos) en el cuerpo y la cara								1, 8
8.1.11	Salpullido (granitos) con ampollas que tenían agua adentro								1
8.1.12	Ojos rojos								3
8.1.13	Fiebre								1, 2, 3, 4, 8, 9
8.1.14	Diarrea								4
8.1.15	Sangre en el excremento								4
8.1.16	Abdomen distendido (inflamado)								1, 4

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
	Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
8.1.17	Dolor abdominal								1, 4
8.1.18	Respiración rápida								1, 3, 4, 7
8.1.19	Retracción de la pared torácica (pecho)								3
8.1.20	Le ronca el pecho (estridor)								3, 7
8.1.21	Le silba el pecho (sibilancias)								3, 7
8.1.22	Aleteo nasal al respirar								3
8.1.23	Vómito								2, 3, 4, 8
8.1.24	Tos								3, 7
8.1.25	Dejó de succionar								1,2,3,4,5,6,7
8.1.26	Dejó de comer								1,2,3,4,5,6,7
8.1.27	Desgano (apatía)								1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
8.1.28	Inquieto o irritable								1, 2, 5, 8, 9
8.1.29	Dejó de llorar (ya no lloraba en ningún momento)								1, 2, 3, 4, 5, 6
8.1.30	Dejó de orinar								4
8.1.31	Boca seca o llanto sin lágrimas								4
8.1.32	Perdió el reflejo de prensión								1, 2, 5, 8
8.1.33	Dejó de ser capaz de responder al hablarle								1, 2, 5, 4, 8
8.1.34	Dejó de ser capaz de seguir movimientos con sus ojos								1, 2, 8

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS		(b) EL PACIENTE PRESENTÓ			(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
		Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
8.1.35	Rigidez de cuello (se puede observar a partir de los 18 meses de edad)									1, 2
8.1.36	Piel reseca, agrietada y/o partida									9
8.1.37	Piel descamada (se peló en parche)									9
8.1.38	Manchas blancas en la piel (jiotes)									9
8.1.39	Se puso delgado									9, 8
8.1.40	Se hincharon las piernas									9
8.1.41	El pelo cambio de color a rojizo o amarillento									9
8.1.42	Hinchado desde las piernas hasta la panza (Kwarshiorkor)									9
8.1.43	Flaco de las piernas e hinchado de la panza (Marasmo)									9
8.1.44	Tuvo anemia o palidez									8, 9
8.1.45	Tuvo palidez palmar (muestre una foto si es posible)									8, 9
8.1.46	Tuvo las uñas pálidas (muestre una foto si es posible)									8, 9
8.1.47	Tuvo bolas o hinchazón en sus axilas									8
8.1.48	Tuvo bolas o hinchazón en el cuello									8
8.1.49	Tuvo bolas o hinchazón en la parte de la entepierna (ingle)									8

(a) SIGNOS Y/O SÍNTOMAS	(b) EL PACIENTE PRESENTÓ				(c) FECHA DE INICIO			(d) DURACIÓN (Registre en la columna el caso)		(e) CÓDIGO DE ENFERMEDAD (Servirá como referencia para determinar la enfermedad causante de la muerte)
		Si	No	No sabe	DD	MM	AAAA	Horas	Días	
8.1.50	Erupciones blanquecinas de la boca o en la lengua									8
8.1.51	Sangrado de la nariz									8
8.1.52	Sangrado de encías									8
8.1.53	Tuvo infecciones frecuentes de oído con salida de secreción									3, 8
8.1.54	Tuvo regresión Neurológica									8
8.1.55	Masas palpables en abdomen (tumor abdominal)									8
8.1.56	Pupila blanca (leucocoria)									8
8.1.57	Dolor óseo frecuente									
8.1.58	Deformidad de huesos									8
8.1.59	Ojo saltón (protusión ocular)									8
8.1.60	Moretones espontáneos (hematoma, petequias)									8

8.2.- ¿Cómo acostaba al niño (a)?
(aplica en menores de 1 año)

- 8.2.1 Boca Arriba
- 8.2.2 Boca Abajo
- 8.2.3 De lado
- 8.2.4 De lado en Diagonal
- 8.2.5 No sabe

Los siguientes datos deberán ser llenados en la sesión del COJUMI como complemento de la dictaminación de la autopsia verbal y se deberán comparar con las causas registradas en el certificado de Defunción.

CONCENTRADO

Código de enfermedad	Número de veces que se repite el código de la enfermedad (Paloteo)
1= Síndrome séptico	
2= Síndrome meníngeo	
3= Neumonía o enfermedad respiratoria aguda	
4= Enfermedad diarreica aguda	
5= Tétanos neonatal	
6= Síndrome icterico	
7= Asfixia	
8= Cáncer	
9= Desnutrición	

El número que se repita con más frecuencia en el concentrado del código de enfermedad dará como resultado las probables causas de muerte, las cuales deberán ser registradas en el cuadro de resultados de mayor a menor frecuencia.

8.3.- RESULTADO DE CAUSA PROBABLE DE MUERTE

CAUSAS PROBABLES DE MUERTE	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
PRIMERA	
SEGUNDA	
TERCERA	

SECCIÓN 9: Muerte por lesiones (Niños y niñas de 0 a 9 años 11 meses de edad)				
9.1	¿Qué clase de golpe o accidente sufrió [mencione el nombre del(a) niño(a)]?. (Permita al entrevistado responder a la pregunta espontáneamente. Si el entrevistado tiene dificultad identificando si fue un golpe o accidente lea la lista despacio)	9.1.1	Accidente automovilístico	
		9.1.2	Caída	
		9.1.3	Ahogamiento	
		9.1.4	Envenenamiento	
		9.1.5	Quemadura	
		9.1.6	Violencia o asalto	
		9.1.7	Otros daños	
9.2	¿La lesión que sufrió el niño fue ocasionada intencionalmente por alguien más?	9.2.1	Sí	
		9.2.2	No	
		9.2.3	No sabe	
9.3	¿El niño sufrió alguna picadura de insecto, mordedura o arañazo de animal?	9.3.1	Sí	
		9.3.2	No (pase a la 9.5)	
		9.3.3	No sabe	
9.4	¿Qué tipo de animal o insecto era?	9.4.1	Perro	
		9.4.2	Gato	
		9.4.3	Serpiente	
		9.4.4	Alacrán	
		9.4.5	Araña	
		9.4.6	Otro	
9.5	Horario en el que ocurrió el incidente	9.5.1	00:00am – 06:00am	
		9.5.2	06:01am – 12:00pm	
		9.5.3	12:01pm – 18:00pm	
		9.5.4	18:01pm – 11:59pm	
9.6	¿Cuánto tiempo transcurrió entre el accidente y el fallecimiento?	9.6.1	Murió de inmediato	
		9.6.2	Menos de 24 horas	
		9.6.3	Más de 24 horas	
		9.6.4	No sabe	

9.7 Pregunta abierta sobre el accidente

SECCIÓN 10: Tratamiento y registro				
10.1	Cuando usted se dio cuenta que su niño se enfermó, ¿Lo atendió primero en su casa?	10.1.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		10.1.2	No (pase a la 10.7)	<input type="checkbox"/>
		10.1.3	No sabe	<input type="checkbox"/>
10.2	¿Qué cantidad de alimento le dio a su hijo (a) durante la enfermedad?	10.2.1	La cantidad habitual	<input type="checkbox"/>
		10.2.2	Más cantidad de la habitual	<input type="checkbox"/>
		10.2.3	Menos cantidad de la habitual	<input type="checkbox"/>
		10.2.4	Suspendió todos los alimentos	<input type="checkbox"/>
		10.2.5	Otro _____ (Especifique)	<input type="checkbox"/>
10.3	¿Le dio alguna medicina? (automedicación)	10.3.1	Sí	<input type="checkbox"/>
		10.3.1	No (Pase a la 10.5)	<input type="checkbox"/>

10.4	Registre el nombre de la(s) medicina(s) [solicite le muestre la receta, o los envases]	10.4.1	Nombre	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
10.5	¿Lo llevó a consulta?	10.5.1	Sí (Pase a la 10.7)	<input type="checkbox"/>
		10.5.2	No	<input type="checkbox"/>
10.6	¿Por qué no lo llevó a consulta?	10.6.1	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		

10.7	¿Cuánto tiempo después de qué empezó a estar enfermo, decidió llevarlo a consulta?	10.7.1	Horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		10.7.2	Días	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		10.7.3	Meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.8	¿Recibió atención?	10.8.1	Sí	(Pase a la 10.10)	
		10.8.2	No	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10.9	¿Por qué no le dieron atención?	10.9.1	Motivo de no atención
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	

10.10	Registre el nombre de la(s) medicina(s) [solicite le muestre la receta, o los envases	10.10.1	Nombre
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	
		<hr/>	

10.11 ¿Cuántas veces lo llevó a consulta y qué tipo de personal de salud lo atendió?				
Número de consulta	Tipo de personal	Nombre de la persona que otorgó la consulta	Domicilio	Observaciones
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

10.12 La persona que los atendió en la consulta ¿Qué le indicó?		Si (1)	No (2)	No tomaba (3)	No sabe (4)
10.12.1	Suspender el pecho o biberón				
10.12.2	Suspender alimentos				
10.12.3	Vida suero oral				
10.13	¿Le dio indicaciones de regresar si notaba otra molestia?	10.13.1	Sí		
		10.13.2	No		
		10.13.3	No me acuerdo		
10.14	¿Le señaló en cuánto tiempo regresara?	10.14.1	Sí (Especifique el Número) _____	Horas Días	
		10.14.2	No		
10.15	¿Le dijo cómo reconocer los signos de alarma de la enfermedad que tenía su hijo?	10.15.1	Si	[pase a la 10.16]	
		10.15.2	No	[pase a la 10.17]	
		10.15.3	No me acuerdo	[pase a la 10.17]	
10.16	¿Qué signos le dijo? [Permita al entrevistado(a) contestar libremente y marque con una X si le indicó alguno de los datos siguientes]	10.16.1	Fiebre		
		10.16.2	Salpullido (granitos)		
		10.16.3	Moretones frecuentes y sin causa aparente		
		10.16.4	Sangrado de nariz		
		10.16.5	Sangrado de encías		
		10.16.6	Pérdida de la conciencia (desmayo)		
		10.16.7	Convulsiones (ataques)		
		10.16.8	Cambios de conducta		
		10.16.9	Regresión neurológica		
		10.16.10	Tos		
		10.16.11	Vómitos frecuentes		
		10.16.12	Dificultad respiratoria		
		10.16.13	Ponerse o aumentar el color amarillo en piel		
		10.16.14	Sed intensa		
		10.16.15	Pérdida rápida de peso (con apetito normal)		
		10.16.16	Irritabilidad		
		10.16.17	Apatía (desgano)		
		10.16.18	Falta de apetito		
		10.16.19	Dolor óseo frecuente		
		10.16.20	Deformidad ósea		
		10.16.21	Tumorações		
		10.16.22	Pupila blanca (leucocoria)		
		10.16.23	Otro término _____		
				(Especifique)	
10.17	¿Lo envió al hospital?	10.17.1	Sí	[pase a la 10.19]	
		10.17.2	No	[pase a la 10.18]	

10.18	¿Por qué no lo llevó al hospital?	10.18.1 Motivo _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
10.19	¿Le dieron atención en el hospital?	10.19.1 Sí [pase a la 10.21] <input type="checkbox"/> 10.19.1 No [pase a la 10.20] <input type="checkbox"/>
10.20	¿Por qué no lo dieron atención en el hospital?	10.20.1 Motivo de no atención _____ _____ _____ _____ _____ _____
10.21	¿Lo hospitalizaron?	10.21.1 Sí (pase a la 10.23) <input type="checkbox"/> 10.21.2 No (pase a la 10.22) <input type="checkbox"/>
10.22	¿Por qué no lo hospitalizaron?	10.22.1 Motivos _____ _____ _____ _____ _____ _____
10.23	¿Cuánto tiempo permaneció hospitalizado?	10.23.1 Menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 10.23.2 De 24 a 48 horas <input type="checkbox"/> 10.23.3 De 48 a más <input type="checkbox"/>
10.24	Requirió traslado de un hospital a otro	10.24.1 Sí <input type="checkbox"/> 10.24.2 No <input type="checkbox"/>

10.25	Si la causa de defunción fue Cáncer llenar este apartado																																									
10.25.1	Tratamiento recibido	Tipo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fecha</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">DD</th> <th style="width: 33%;">MM</th> <th style="width: 33%;">AAAA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Fecha			DD	MM	AAAA																																	
Fecha																																										
DD	MM	AAAA																																								
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																									
10.25.2	Duración del tratamiento:																																									
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																									
10.25.3	Fue continuo el tratamiento	10.25.3.1 Si <input type="checkbox"/> 10.25.3.2 No <input type="checkbox"/>	(Pasar a la 10.25.5) (Pasar a la 10.25.4)																																							
10.25.4	Motivo por el cual abandonó el tratamiento:																																									
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																									
10.25.5	Nombre de la Institución donde recibió el tratamiento:																																									
	<hr/> <hr/>																																									
10.25.6	Tuvo apoyo de alguna fundación que ayuda a niños con cáncer durante el tratamiento																																									
	10.25.6.1 Si <input type="checkbox"/> 10.25.6.2 No <input type="checkbox"/>	AMANC-Estado de México Extiende tu mano Casa de la amistad Otra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																							
	Especifique:	<hr/>																																								

10.30	Solicite el certificado de defunción y registre las causas de muerte. Si el entrevistado no cuenta con el documento, utilice la copia del certificado obtenida a través de la jurisdicción sanitaria o del registro civil.			
	Causa de muerte		Clave del CIE-10	
	10.30.1	Primera		
	10.30.2	Segunda		
	10.30.3	Tercera		
	10.30.4	Contribuyeron a la muerte del menor		

DAR LAS GRACIAS AL ENTREVISTADO, ENFATIZANDO QUE SU COLABORACION HA SIDO MUY IMPORTANTE PARA PREVENIR MUERTES EN OTROS MENORES. CONCLUYA LA ENTREVISTA.

INSTRUCTIVO

“AUTOPSIA VERBAL POR OTRAS CAUSAS PRIORITARIAS EN EL MENOR DE 10 AÑOS”.

A finales del 2008, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) con apoyo de las Entidades Federativas, llevó a cabo la reactivación de los Grupos Interinstitucionales de análisis de la Mortalidad en la Infancia, para las causas de defunción de EDA e IRA, y para otras que se presentan en la infancia, como son afección perinatal, malformaciones congénitas, tumores malignos, lesiones no intencionales e intencionales y desnutrición.

Para facilitar la identificación de factores asociados a la mortalidad, entre el 2009 y 2010 se diseñó en conjunto con las 32 entidades federativas del país, un cuestionario con base en los modelos establecidos por la OMS, que permitiese recabar información detallada e identificar las causas asociadas a la muerte del menor de 10 años y establecer estrategias locales basada en evidencia.

En el año 2013, el Centro Nacional en colaboración con personal del Programa de Salud de la Infancia del Instituto de Salud del Estado de México, realizó una actualización del contenido del cuestionario con la finalidad de adecuar su funcionalidad.

INSTRUCCIONES

- El entrevistador se debe presentar y explicar el motivo de la visita.
Ejemplo sugerido:
“Buenos días (tardes), mi nombre es (indique su nombre) y trabajo para... (nombrar la instancia a la que pertenece). Estoy realizando estas entrevistas para conocer más sobre los niños que han fallecido en nuestro país, con el fin de evitar que a otros niños les pase lo mismo.
Sabemos que en esta casa murió hace algún tiempo un(a) niño(a), por lo que le solicito, si no tiene inconveniente su valiosa cooperación contestando algunas preguntas. La información que nos proporcione será confidencial y con fines estadísticos.
- El cuestionario se debe aplicar a la persona que estuvo al cuidado del menor desde el inicio de su enfermedad hasta el fallecimiento. Si acepta participar, inicie el cuestionario. Cuando **NO** realice la entrevista, anote el motivo.
- Los datos registrados deben ser llenados con tinta color negro o azul, con letra legible y completa.
- El cuestionario consta de 10 secciones.

De la sección **1** a la **6** se consideran antecedentes generales que aportan datos relevantes sobre los factores que posiblemente influyeron en la muerte del menor. Deberá marcar con una X dentro del paréntesis o recuadro en donde se solicite o llenar los renglones en blanco según corresponda.

- **Sección 1.-** Información general.
 - ❖ Corresponde a las preguntas 1.1 hasta la 1.10.4.1
 - ❖ En caso de que el entrevistado decida no participar en la encuesta, se debe solicitar que registre los motivos del inciso 1.10 al inciso 1.10.4.1, anotando su nombre completo, fecha y su firma.
- **Sección 2.-** Información acerca de la entrevista.
 - ❖ Abarca las preguntas 2.1 a la 2.4.5
- **Sección 3.-** Información acerca de la persona entrevistada al cuidado del menor.

- ❖ Corresponde a las preguntas 3.1 a la 3.9
- **Sección 4.-** Características de la vivienda.
 - ❖ Abarca las preguntas 4.1 a la 4.2.5
- **Sección 5.-** Información acerca del niño o niña.
 - ❖ Abarca las preguntas 5.1 a la 5.13
 - ❖ Se debe solicitar al entrevistado, la Cartilla Nacional de Salud. Si por algún motivo no es posible obtenerlas se deberá continuar con la entrevista.
 - ❖ Cuando el entrevistado NO presente la Cartilla Nacional de Salud registre el motivo.
- **Sección 6.-** Pregunta abierta acerca de la historia de la enfermedad.
 - ❖ Abarca las preguntas 6.1 a la 6.4.13

Las secciones 7, 8 y 9 están dirigidas a las causas probables de defunción dependiendo del grupo de edad.

- **Sección 7.-** Muerte neonatal (menos de cuatro semanas o 28 días de vida, excepto accidentes).

La sección consta a su vez de 4 apartados.

- ❖ Apartado I Historia del Embarazo, abarca las preguntas 7.1 a 7.19
- ❖ Apartado II Atención del Parto, abarca las preguntas 7.20 a 7.36
- ❖ Apartado III Producto, abarca las preguntas 7.37 a 7.59
- ❖ Apartado IV Cuadro Clínico, abarca las preguntas 7.60 a 7.62
- **Sección 8.-** Muerte del lactante, preescolar o escolar (de los 29 días de vida hasta los nueve años 11 meses de edad).
 - ❖ Abarca las preguntas 8.1 a la 8.60
- **Sección 9.-** Muerte por lesiones (niños y niñas de cero a nueve años 11 meses de edad)
 - ❖ Abarca las preguntas 9.1 a la 9.7
 - ❖ Esta sección se aplicará a todo niño o niña independientemente de su edad, cuando la causa de muerte se haya presentado dentro de las primeras 24 horas como consecuencia a un golpe o accidente.
- **La sección 10.-** Corresponde al tratamiento y registro.
 - ❖ Abarca las preguntas 10.1 a la 10.30
- La Autopsia Verbal por Otras Causas Prioritarias, se deberá realizar preferentemente en los primeros 7 días hábiles a partir de la fecha en que el certificado de defunción se recibe en la jurisdicción sanitaria y cuya causa básica de defunción esté asociado a afección perinatal, malformaciones congénitas, tumores malignos, lesiones no intencionales e intencionales y desnutrición en menores de 10 años de edad.
- La entrevista deberá ser aplicada preferentemente por personal de enfermería o de trabajo social, previamente capacitado. **Recordando que la información se obtendrá de la madre o la persona responsable que estuvo al cuidado del menor durante la enfermedad o el evento que lo llevó a la muerte.**
- Se realizarán tres intentos para aplicar el cuestionario de autopsia verbal por causas prioritarias. Si en el primer acercamiento no se lleva a cabo la entrevista, se deberá acordar la fecha y hora para el siguiente intento. En caso de que al segundo intento no se realice, se

programará una tercera y última cita. Si por alguna causa no se concreta la entrevista, se dará por concluido el proceso de aplicación de la AV y deberá realizar una nota informativa explicando los motivos por los que no se llevó a cabo; esta nota se anexará al cuestionario que deberá entregarse al responsable jurisdiccional del PASIA.

DICTAMEN

De la Autopsia Verbal para otras Causas Prioritarias en los menores de 10 años

Folio _____ Derechohabencia _____

(Registre nombre de la instancia a la que tenía derecho el paciente)

Registre el número de certificado de defunción _____

Fecha del Dictamen:

--	--	--

día mes año

I. Resumen (llenar después de haber dictaminado)

1.1.-Edad

--	--	--

años mes días

1.2.-Sexo

--	--

Masculino Femenino

1.3.-Entidad Federativa _____ 1.4.Jurisdicción _____

1.5.-Localidad _____ 1.6.-Municipio _____

1.7.-La Autopsia verbal fue adecuada 1.-Si 2.-No

1.8.-De acuerdo al certificado de defunción, la causa básica de muerte fue:

	Sí	No
--	----	----

- 1.8.1.-Afecciones Neonatales.
- 1.8.2.-Malformaciones congénitas.
- 1.8.3.-Accidentes.
- 1.8.4.-Desnutrición.
- 1.8.5.-Tumores malignos (Cáncer).
- 1.8.6.- Otra

1.9.-Sitio de la defunción	1.9.1 Hospital de la Secretaría de Salud	<input type="checkbox"/>
	1.9.2 Hospital del IMSS	<input type="checkbox"/>
	1.9.3 Hospital de ISSSTE	<input type="checkbox"/>
	1.9.4 Hospital de PEMEX	<input type="checkbox"/>
	1.9.5 Hospital de SEDENA	<input type="checkbox"/>
	1.9.6 Hospital Privado	<input type="checkbox"/>
	1.9.7 Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
	1.9.8 Unidad de Medicina Familia IMSS-OPORTUNIDADES	<input type="checkbox"/>
	1.9.9 Unidad de primer nivel de atención PEMEX	<input type="checkbox"/>
	1.9.10 Clínica de primer nivel de atención SEDENA	<input type="checkbox"/>
	1.9.11 Médico Privado	<input type="checkbox"/>
	1.9.12 Hogar	<input type="checkbox"/>
	1.9.13 Camino al Hospital o a la unidad médica	<input type="checkbox"/>

1.9.14

1.9.15

Vía pública

Otra*

*Especifique

1.10.-Causa Básica de la muerte, según autopsia verbal.

II. Factores de riesgo

2.1. El estado civil del responsable del menor

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1.-Solteros | <input type="text"/> |
| 2.-Casados | <input type="text"/> |
| 3.-Separados | <input type="text"/> |
| 4.-Divorciados | <input type="text"/> |
| 5.-Unión libre | <input type="text"/> |

2.2. ¿El responsable del menor es analfabeta?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.3. ¿El responsable del menor se dedica al hogar o es campesino?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.4. ¿El agua de consumo es a través de pozo, pipa o depósito

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.5. ¿Para cocinar utilizan leña, carbón?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.6. ¿La eliminación de excretas es a través de fosa séptica o fecalismo al aire libre

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.7. ¿De acuerdo a su edad presenta el esquema completo de vacunación?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.8. ¿Se le ministró vitamina A al nacimiento?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.9. ¿Se le realizó tamiz neonatal

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.10. ¿El niño (a) padecía alguna enfermedad previa?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.11. Si la respuesta es **SI**, especifique:

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

2.12. ¿Lo atendió un personal no médico?

- | | | | |
|-------|----------------------|-------|----------------------|
| 1.-Si | <input type="text"/> | 2.-No | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|-------|----------------------|

III. Fallas de Atención en el Hogar (Tache con una x cuando sea el caso)

3.1. ¿Solicito atención médica en forma oportuna?

1.-Si

2.-No

3.2. Si la respuesta es **NO**. Especifique:

3.3. ¿Reconoció los signos de alarma?

1.-Si

2.-No

3.4. ¿Efectuó la prescripción correcta del médico tratante?

1.-Si

2.-No

3.5. ¿Llevo al niño(a) al hospital cuando se le indico?

1.-Si

2.-No

3.6. Si la respuesta es **NO** ¿No llevo al paciente por inaccesibilidad:

Geográfica

Cultural

Económica

3.7. Si se consideraron errores en las acciones de la familia explique por qué

IV Falla en la atención Médica (Tache con una X)

4.1 ¿El médico identifico los factores de mal pronóstico

1.-Si

2.-No

4.2. ¿El médico identificó los signos y/o síntomas de alarma

1.-Si

2.-No

4.3. ¿Indicó el tratamiento adecuado y justificado?

1.-Si

2.-No

4.4. ¿Indicó el regreso?

1.-Si

2.-No

4.5. ¿Capacitó al responsable del niño(a) para reconocer los signos de alarma?

1.-Si

2.-No

4.6. ¿Lo envió oportunamente al hospital?

1.-Si

2.-No

4.7 ¿En el caso de no haber proporcionado la atención médica institucional especifique por qué?

1. Le unidad médica estuvo cerrada

2. No hubo médico

3. Negó la atención

4. El responsable de menor no pudo pagar los servicios

4.8 Considera errores en las acciones del personal médico, explique por qué

V.-Fallas en la atención hospitalaria (Tache con una X)

5.1 Se le otorgó atención hospitalaria

1.-Si

2.-No

5.2 En caso de que **NO** se otorgó atención hospitalaria, fue porqué:

1.- Se la negaron

2.- No pudo pagar los servicios

3.-No le correspondía ese hospital

5.3 Recibió el tratamiento hospitalario adecuado

1.-Si

2.-No

5.4 En el caso de haber recibido el tratamiento inadecuado, esto fue por:

1.-Diagnóstico incorrecto

2.-Alta prematura

3.- Otra

5.5 Considera errores en las acciones del personal hospitalario, explique por qué

VI Conclusión (Tache con una X, cuando sea el caso)

6.1. Se considera que las fallas del proceso de atención que participaron en el hecho de que el (la) niño (a) muriera, fueron de:

- 1.- La familia
- 2.- La atención médica
- 3.- La atención médica fuera del hospital
- 4.- La atención hospitalaria
- 5.- Ninguno de los anteriores

VII Propuestas

INSTRUCTIVO DICTAMEN

De la Autopsia Verbal para otras Causas Prioritarias en los Menores de 10 años

El formato de dictamen se llenará en el pleno del Comité de Mortalidad de la Infancia por el Grupo de Análisis de Mortalidad estatal o jurisdiccional, según corresponda, con base en la autopsia verbal, el certificado de defunción o en su caso, el resumen del expediente clínico.

El objetivo del dictamen es determinar cuál fue la falla en el proceso de atención y establecer las políticas sanitarias o estrategias locales que coadyuven a la reducción de la mortalidad en la infancia.

El formato utiliza preguntas cerradas y abierta. En preguntas cerradas, utilice una “X” y en preguntas abiertas, anote con letra de molde y legible los datos que se solicitan.

Si requiere hacer más anotaciones y el espacio es insuficiente, adicione al reverso de la hoja los datos complementarios según el punto de referencia.

Para la evaluación de la toma de decisiones de la madre o del personal que atendió el caso, se debe considerar adecuado lo señalado en los manuales y/o lineamientos vigentes según sea el caso a tratar.

Para tener un control en la dictaminación se tomará en cuenta lo siguiente:

- **Folio:** Registre el folio del certificado de defunción que registró en la Autopsia Verbal.
- **Derechoabiencia:** Registre el nombre de la institución a la que tiene derecho el paciente de acuerdo a lo registrado en el certificado de defunción.
- **Fecha de dictamen:** registre con número arábigo, día, mes y año en que se realiza el dictamen.

I. RESUMEN.

Este apartado se llenará al concluir la revisión de los datos de la autopsia verbal.

Se obtiene de la Sección 1.

1.1 Edad: registre en número arábigo, la edad del menor al momento de la defunción, señalando en el recuadro que corresponda según sea el caso a años cumplidos, o meses. La casilla de días, utilícela sólo si el fallecido tenía menos de un mes de edad.

1.2 Sexo: registre en el recuadro con una X, de acuerdo al sexo que corresponda.

1.3 Entidad federativa: registre el nombre completo de la entidad federativa.

1.4 Jurisdicción: registre el nombre completo y número de la jurisdicción sanitaria.

1.5 Localidad: Escriba el nombre completo de la localidad donde se registró la defunción.

1.6 Municipio: Escriba el nombre completo del municipio donde se registró la defunción

1.7. La autopsia verbal fue adecuada: Se calificará adecuada, cuando a partir de la información obtenida, se pueda definir si el diagnóstico de defunción es por afección neonatal, malformaciones congénitas, accidentes, cáncer u otra de las causas prioritarias, y que además, se pueda realizar el dictamen en relación con las fallas en el proceso de atención.

1.8. De acuerdo al certificado de defunción, el caso es considerado muerte por: Marque con una X el rubro que corresponda de acuerdo a la enfermedad señalada. Consulte la variable 10.30 de la sección Tratamiento y registro.

1.9 Sitio de la defunción: Señale con una X, de acuerdo a la institución donde falleció el menor. En caso de señalar el rubro de “Otra”, anote el nombre completo del lugar. Consulte la sección 5, pregunta 5.5 de la AVOCP.

1.10.-Causa de la muerte, según autopsia verbal.

Según corresponda a la edad del fallecido, consulte las siguientes secciones:

- Sección apartado IV cuadro de la sección 7, variable 7.63.
- Sección 8, muerte del lactante, preescolar o escolar. Variable 8.3 “Resultado de causa probable de muerte”
- Si el niño murió como consecuencia de un golpe o accidente, independientemente de su edad vaya a la sección 9 Muerte por lesiones.

II. FACTORES DE RIESGO

- Pregunta 2.1, 2.2 y 2.3 consulte variables de la AVOCP 3.4,3.5 y 3.6
- Preguntas 2.4, 2.5 y 2.6 consulte variables de la AVOCP 4.2.1, 4.2.2,4.2.3
- Pregunta 2.7 consulte variable de la AVOCP 5.10
- Preguntas 2.8 y 2.9 consulte variable de la AVOCP 5.11
- Pregunta 2.10, 2.11 consulte variable de la AVOCP 5.12

III.FALLAS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR

3.1. ¿Solicito atención médica en forma oportuna?

- Sección 10. Numeral 10.1, 10.5, y 10.7 de la AVOCP.

3.2. Si la respuesta es NO ¿Especifique por qué NO?

- Sección 10, numeral 10.6 de la AVOCP

3.3. ¿Reconoció los signos de alarma?

- Sección 10, numeral 10.14, 10.15 de la AVOCP

3.4. ¿Efectuó la prescripción correcta del médico tratante?

- Sección 10 numeral 10.3, 10.4 de la AV.

Con base al diagnóstico, el Comité deliberará si el tratamiento médico y la prescripción adquirida por el responsable del menor, fue la correcta.

3.5. ¿Llevo al niño(a) al hospital cuando se le indico?

- Sección 10, numeral 10.16 de la AV.

3.6. Si la respuesta es NO ¿No llevo al paciente por inaccesibilidad:

- Sección 10, numeral 10.17 y 10.18 de la AVOCP.

3.7. Si se consideraron errores en las acciones de la familia explique por qué

- Con base a las respuestas obtenidas de las preguntas anteriores, el Comité deliberará si el familiar cometió errores en la atención del menor.

IV. FALLA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

4.1 ¿El médico identifico los factores de mal pronóstico

La respuesta se obtiene de la revisión de varios numerales que dan respuesta a los distintos factores de mal pronóstico que se listan a continuación:

- Madre o responsable del menor analfabeta, numeral 3.5
- Madre o responsable del niño o niña, menor de 17 años de edad. numeral 3.2
- Muerte de un menor de cinco años en la familia, numeral 5.7
- Menor de un año con bajo peso al nacer, numeral 5.2
- Desnutrición moderada o grave, numeral 10.26
- Infecciones persistentes, numeral 5.12
- Dificultad para el regreso a consulta en caso de agravamiento, numeral 10.6

Factores de riesgo en el menor de dos meses:

- Edad gestacional menor a 37 o mayor a 42 semanas.
- Embarazo de alto riesgo, numeral 7.5, 7.6

- Defectos al nacimiento, numeral 7.55
- Atención por personal no capacitado, numeral 7.21
- Hipoxia neonatal, numeral 7.37, 7.38, 7.39, 7.40,
- Lactancia materna, numeral 7.57
- Trauma obstétrico, numeral 7.51, 7.52, 7.53 7.54.
- Proceso infeccioso en el menor de 28 días, numeral 7.20, 7.21, 7.22, 7.23,

7.24

4.2. ¿El médico identificó los signo y/o síntomas de alarma

- Sección 10, numerales 10.14, 10.15,10.16

4.3. ¿Indico el tratamiento adecuado y justificado?

- Sección 10, numerales 10.2, 10.10, 10.12

4.4. ¿Indico el regreso?

- Sección 10, numeral 10.13 y 10.14

4.5. ¿Capacitó al responsable del niño(a) para reconocer los signos de alarma?

- Sección 10, numeral 10.15 y 10.16

4.6. ¿Lo envió oportunamente al hospital?

- Sección 10. Numeral 10.17.

4.7 ¿En el caso de no haber proporcionado la atención médica institucional especifique por qué?

- Sección 10, numeral 10.8 y 10.9.

4.8 Considera errores en las acciones del personal médico, explique por qué

- Con base a las respuestas obtenidas de las preguntas anteriores, el Comité deliberará si el personal médico cometió errores en la atención del menor.

V. FALLAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

5.1 Se le otorgo atención hospitalaria

- Sección 10, numeral 10.19

5.2 En caso de que NO se otorgó atención hospitalaria, fue porqué:

- Sección 10, numeral 10.20, 10.22

5.3 Recibió el tratamiento hospitalario adecuado

- Sección 11, numeral, 10.23, 10.24, 10.27.

5.4 En el caso de haber recibido el tratamiento inadecuado, esto fue por:

- Con base a la nota médica o resumen clínico el Comité analizará si el tratamiento fue el adecuado, en caso contrario especificará las fallas.

Numeral 10.28

5.5 Considera errores en las acciones del personal hospitalario, explique por qué

- El Comité deberá deliberar con base a las respuestas obtenidas de las preguntas anteriores, si el personal médico cometió errores en la atención del menor.

VI. CONCLUSION

6.1. Se considera que las fallas del proceso de atención que participaron en el hecho de que el (la) niño (a) muriera, fueron de:

- El Comité deberá deliberar con base a las respuestas obtenidas en las diversas secciones del dictamen, cuáles fueron los motivos que desencadenaron la muerte del paciente.

VII. PROPUESTAS

- El Comité deberá determinar las acciones que se deberán implementar para fortalecer los procesos de atención al menor de diez años.

**DEFUNCIONES TODAS LAS CAUSAS EN MENORES DE CINCO AÑOS Y POR ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA**

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE INFORMA: _____

AÑO _____

MES	TODAS LAS CAUSAS (SEGÚN SEED)			ENFERMEDAD DIARREICA COMO CAUSA BÁSICA (DE ACUERDO AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN APARTADO 19, CIE-10 (A00 AL A09))		
	< DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	TOTAL	< DE 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						
TOTAL						

EDA-1

Metodología para la selección de variables del SEED/DGIS/SS: Entidad de Residencia; Fecha defunción; Edad quinquenal; Causa básica.

Fuente: Información Dinámica-Dirección General de Información en Salud (DGIS). Defunciones cifras oficiales preliminares SEED/SS (correspondiente al año de análisis) cifras parciales (incluye lista mexicana y principales causas con lista mexicana), [disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>; Certificado de defunción.

Para obtener el número de defunciones por todas las causas consulte el SEED de acuerdo al grupo de edad solicitado en las columnas del cuadro.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGUN DERECHOHABIENCIA Y LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION.

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE INFORMA: _____ AÑO: _____

MES	DERECHOHABIENCIA Y LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN																		TOTAL		
	POBLACION ABIERTA						SEGURIDAD SOCIAL						SE IGNORA								
	SSA			IMSS-SOL			IMSS			ISSSTE			OTRAS INSTITUCIONES			SE IGNORA					
	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO
ENERO																					
FEB																					
MARZO																					
ABRIL																					
MAYO																					
JUNIO																					
JULIO																					
JUNIO																					
JULIO																					
AGOS																					
SEP																					
OCT																					
NOV																					
DIC																					
TOTAL																					

FUENTE: Certificado de defunción: "Lugar de ocurrencia de la defunción" e " Institución de derechohabienca"

EDA-2

MES: se refiere al mes en que ocurrió la defunción.

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: se refiere al lugar donde ocurrió la defunción: hogar, unidad medica u otro (vía pública, etc.). Tomar como fuente el Dictamen de la Autopsia verbal comparándolo con el certificado de defunción. De encontrar discrepancia entre el sitio de ocurrencia que señale el certificado de defunción y el dictamen, deberá tomarse como fuente el dictamen y solicitar a las autoridades pertinentes la rectificación. En el rubro de SSA deberá incluir los afiliados al seguro popular.

OTRAS INSTITUCIONES: incluye a PEMEX, SEDENA, SECMAR, CRUZ ROJA, CRUZ VERDE, UNIDAD MÉDICA PRIVADA, ETC.

SE IGNORA.- Cuando se desconozca la derechohabienca la defunción se anotara en el rubro correspondiente.

TOTAL: suma por mes las defunciones que ocurrieron en la unidad médica, hogar, unidad médica, otro o se ignora y registre en la columna que corresponda.

AUTOPSIAS VERBALES DE LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO ANOS, SEGUN CAUSA BASICA

ENTIDAD _____ AÑO: _____ PERIODO QUE REPORTA: _____

(1) MES	(2) AUTOPSIAS VERBALES REALIZADAS	(3) AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS	(4) AUTOPSIAS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		SI RECIBIO ATENCIÓN MÉDICA		NO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA	
				(5) SI	(6) NO	(7) INSTITUCIONAL	(8) PRIVADA	(9) OTRO TIPO DE ATENCIÓN	(10) NINGUNA ATENCIÓN
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO									
JULIO									
AGOSTO									
SEPTIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE									
TOTAL									

En este formato se registra mensualmente la información relacionada con las Autopsias Verbales (AV) de las defunciones por Enfermedad Diarreica aguda, según CAUSA BÁSICA de la defunción.

La fuente de información es la autopsia verbal analizada y el dictamen de la misma

EDA 3

Columna 1.- Señala los meses de enero a diciembre y total.

Columna 2: La autopsia verbal realizada se registra en el **mes de ocurrencia** de la defunción, por lo tanto, el número de AV registradas en cada mes debe ser igual o menor al número de defunciones ocurridas en dicho mes. Si una autopsia se registra en determinado mes, todos sus datos deben ser registrados en el mismo mes. Las autopsias aquí registradas deben corresponder a las defunciones anotadas en el cuadro 1; no debe haber más autopsias que defunciones en cada mes.

Columna 3: Se registra la AV que haya sido revisada, analizada y en la cual se haya concluido el proceso de dictaminación. El objetivo de la dictaminación es identificar las causas atribuibles de la defunción. Se debe dictaminar el 100% de las autopsias verbales realizadas.

Columna 4.- se registra la AV en la que se haya CONFIRMADO que la causa de la defunción fue enfermedad diarreica. Si se registra una autopsia con diagnóstico CONFIRMADO se deben llenar las columnas hacia la derecha; en caso que no se haya confirmado el diagnóstico, las columnas hacia la derecha se dejan en blanco.

Columnas 5 y 6.- De cada AV con diagnóstico confirmado registrada en el cuadro, se debe anotar SI recibió atención médica o NO Recibió atención Médica.

Columnas 7 y 8.- La defunción que "SI recibió atención médica", debe desglosarse entre atención médica "Institucional" o "Privada"

Columnas 9 y 10.- La defunción que NO recibió atención médica debe desglosarse entre "Otro Tipo" o "Ninguna"

Para el llenado de este formato se considera como atención:

Institucional: la atención médica ofrecida en las instituciones que conforman el Sector Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR, etc).

Privada: Atención que no pertenece a ninguna de las instituciones del Sector Salud y reciben un pago por otorgar sus servicios.

Otro Tipo: atención proporcionada por personal no médico (auxiliar de salud, promotor, farmacéutico, boticario, curandero, etc). En este caso, anotar a pie de cuadro el tipo de personal que proporcionó la atención.

Ninguna.- cuando no recibió atención de alguno de los casos señalados anteriormente.

La autopsia verbal y la defunción respectiva deberán ser registrada en los cuadros cuando la defunción ya esté registrada en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) del Estado; así, se evitará que se registren más AV que defunciones por causa básica, en cada mes.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE REPORTA _____

AÑO: _____

MES	1990	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
ENERO							
FEBRERO							
MARZO							
ABRIL							
MAYO							
JUNIO							
JULIO							
AGOSTO							
SEPTIEMBRE							
OCTUBRE							
NOVIEMBRE							
DICIEMBRE							
TOTAL							
TASA							

EDA-4

Preliminar*

Metodología para la selección de variables del DGIS/SS: Entidad de Residencia; Fecha defunción; Edad quinquenal; Causa básica.

Fuente: Información Dinámica-Dirección General de Información en Salud (DGIS). Defunciones cifras oficiales definitivas -1979-2009 INEGI/SS; Defunciones cifras oficiales preliminares SEED/SS cifras parciales (incluye lista mexicana y principales causas con lista mexicana) (disponible en línea, En: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>)

Tasa x 100,000 niños de cero a cinco años de acuerdo a población CONAPO.

Cálculo del indicador

Númerador
Denominador

Número de defunciones de niños menores de cinco años por EDA
Total de niños menores de cinco años en el mismo periodo

x 100,000

DEFUNCIONES TODAS LAS CAUSAS EN MENORES DE CINCO AÑOS Y POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE REPORTA: _____

AÑO _____

MES	TODAS LAS CAUSAS (SEGÚN SEED)			INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA COMO CAUSA BÁSICA (DE ACUERDO AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN APARTADO 19, CIE-10, J00X A J22X)		
	< DE 1 AÑO.	1 A 4 AÑOS	TOTAL	< DE 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL
ENERO						
FEBRERO						
MARZO						
ABRIL						
MAYO						
JUNIO						
JULIO						
AGOSTO						
SEPTIEMBRE						
OCTUBRE						
NOVIEMBRE						
DICIEMBRE						
TOTAL						

IRA-1

Metodología para la selección de variables del SEED/DGIS/SS: Entidad de Residencia; Fecha defunción; Edad quinquenal; Causa básica.

Fuente: Información Dinámica-Dirección General de Información en Salud (DGIS). Defunciones cifras oficiales preliminares SEED/SS (correspondiente al año de análisis) cifras parciales (incluye lista mexicana y principales causas con lista mexicana), [disponible en línea. En: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>; Certificado de

Para obtener el número de defunciones por todas las causas consulte el SEED de acuerdo al grupo de edad solicitado en las columnas del cuadro.

Para obtener las defunciones por infección respiratoria aguda como causa básica tome como referencia el certificado de defunción de acuerdo a la clave del CIE-10 J00X A J22X

DEFUNCIONES POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGUN DERECHOHABIENCIA Y LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION.

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE INFORMA: _____ AÑO: _____

MES	DERECHOHABIENCIA Y LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN																		TOTAL		
	POBLACION ABIERTA						SEGURIDAD SOCIAL						SE IGNORA								
	SSA			IMSS-SOL			IMSS			ISSSTE			OTRAS INSTITUCIONES			SE IGNORA					
	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO	UNIDAD MEDICA	HOGAR	OTRO
ENERO																					
FEB																					
MARZO																					
ABRIL																					
MAYO																					
JUNIO																					
JULIO																					
JUNIO																					
JULIO																					
AGOS																					
SEP																					
OCT																					
NOV																					
DIC																					
TOTAL																					

FUENTE: Certificado de defunción: "Lugar de ocurrencia de la defunción" e " Institución de derechohabienca"

IRA -2

MES: se refiere al mes en que ocurrió la defunción.

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: se refiere al lugar donde ocurrió la defunción: hogar, unidad medica u otro (vía pública, etc.). Tomar como fuente el Dictamen de la Autopsia verbal comparándolo con el certificado de defunción. De encontrar discrepancia entre el sitio de ocurrencia que señale el certificado de defunción y el dictamen, deberá tomarse como fuente el dictamen y solicitar a las autoridades pertinentes la rectificación. En el rubro de SSA deberá incluir los afiliados al seguro popular.

OTRAS INSTITUCIONES: incluye a PEMEX, SEDENA, SECMAR, CRUZ ROJA, CRUZ VERDE, UNIDAD MÉDICA PRIVADA, ETC.

SE IGNORA.- Cuando se desconozca la derechohabienca la defunción se anotara en el rubro correspondiente.

TOTAL: suma por mes las defunciones que ocurrieron en la unidad médica, hogar, unidad médica, otro o se ignora y registre en la columna que corresponda.

AUTOPSIAS VERBALES DE LAS DEFUNCIONES POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO ANOS, SEGUN CAUSA BASICA

ENTIDAD _____ AÑO: _____ PERIODO QUE REPORTA: _____

(1) MES	(2) AUTOPSIAS VERBALES REALIZADAS	(3) AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS	(4) AUTOPSIAS CON DIAGNÓSTICO	RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		SI RECIBIO ATENCIÓN MÉDICA		NO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA	
				(5) SI	(6) NO	(7) INSTITUCIONAL	(8) PRIVADA	(9) OTRO TIPO DE ATENCIÓN	(10) NINGUNA ATENCIÓN
ENERO									
FEBRERO									
MARZO									
ABRIL									
MAYO									
JUNIO									
JULIO									
AGOSTO									
SEPTIEMBRE									
OCTUBRE									
NOVIEMBRE									
DICIEMBRE									
TOTAL									

En este formato se registra mensualmente la información relacionada con las Autopsias Verbales (AV) de las defunciones por Infección Respiratoria Aguda según **CAUSA BÁSICA** de la defunción.

IRA3

La fuente de información es la autopsia verbal analizada y el dictamen de la misma

Columna 1.- Señala los meses de enero a diciembre y total.

Columna 2: La autopsia verbal realizada se registra en el **mes de ocurrencia** de la defunción, por lo tanto, el número de AV registradas en cada mes debe ser igual o menor al número de defunciones ocurridas en dicho mes. Si una autopsia se registra en determinado mes, todos sus datos deben ser registrados en el mismo mes. Las autopsias aquí registradas deben corresponder a las defunciones anotadas en el cuadro 1; no debe haber más autopsias que defunciones en cada mes.

Columna 3: Se registra la AV que haya sido revisada, analizada y en la cual se haya concluido el proceso de dictaminación. El objetivo de la dictaminación es identificar las causas atribuibles de la defunción. Se debe dictaminar el 100% de las autopsias verbales realizadas.

Columna 4.- se registra la AV en la que se haya **CONFIRMADO** que la causa de la defunción fue enfermedad diarreica. Si se registra una autopsia con diagnóstico CONFIRMADO se deben llenar las columnas hacia la derecha; en caso que no se haya confirmado el diagnóstico, las columnas hacia la derecha se dejan en blanco.

Columnas 5 y 6.- De cada AV con diagnóstico confirmado registrada en el cuadro, se debe anotar SI recibió atención médica o NO Recibió atención Médica.

Columnas 7 y 8.- La defunción que "SI recibió atención médica", debe desglosarse entre atención médica "Institucional" o "Privada"

Columnas 9 y 10.- La defunción que NO recibió atención médica debe desglosarse entre "Otro Tipo" o "Ninguna"

Para el llenado de este formato se considera como atención:

Institucional: la atención médica ofrecida en las instituciones que conforman el Sector Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR, etc).

Privada: Atención que no pertenece a ninguna de las instituciones del Sector Salud y reciben un pago por otorgar sus servicios.

Otro Tipo: atención proporcionada por personal no médico (auxiliar de salud, promotor, farmacéutico, boticario, curandero, etc). En este caso, anotar a pie de cuadro el tipo de personal que proporcionó la atención.

Ninguna.- cuando no recibió atención de alguno de los casos señalados anteriormente.

La autopsia verbal y la defunción respectiva deberán ser registrada en los cuadros cuando la defunción ya esté registrada en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) del Estado; así, se evitará que se registren más AV que defunciones por causa básica, en cada mes.

DEFUNCIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

PERIODO QUE REPORTA: _____

MES	1990	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
ENERO							
FEBRERO							
MARZO							
ABRIL							
MAYO							
JUNIO							
JULIO							
AGOSTO							
SEPTIEMBRE							
OCTUBRE							
NOVIEMBRE							
DICIEMBRE							
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
TASA							

Preliminar*

IRA-4

Metodología para la selección de variables del DGIS/SS: Entidad de Residencia; Fecha defunción; Edad quinquenal; Causa básica.

Fuente: Información Dinámica-Dirección General de Información en Salud (DGIS). Defunciones cifras oficiales definitivas -1979-2009 INEGI/SS; Defunciones cifras oficiales preliminares SEED/SS cifras parciales (incluye lista mexicana y principales causas con lista mexicana) (disponible en línea, En: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>)

Tasa x 100,000 niños de cero a cinco años de acuerdo a población CONAPO.

Cálculo del indicador

Número	<u>Número de defunciones de niños menores de cinco años por IRA</u>	
Denominador	<u>Total de niños menores de cinco años en el mismo periodo</u>	x 100,000

ACTA CONSTITUTIVA

COMITÉ ESTATAL DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA

LUGAR Y FECHA DE INSTALACIÓN

ACTA CONSTITUTIVA DE INSTALACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE MORTALIDAD EN LA INFANCIA

En la ciudad de _____, siendo las _____ horas del día _____, constituidos en el _____-dependiente de los Servicios de Salud de _____, sito en calle _____ de esta ciudad de _____, las personas que firman al margen y al calce el presente documento con el propósito de instalar el Comité Estatal de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.

OBJETIVO GENERAL

El “Comité Estatal de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia” tiene como principal objetivo el de mantener constante vigilancia de la mortalidad infantil y de los menores de 10 años de edad, a efecto de tomar medidas estratégicas con la finalidad de disminuir dicha mortalidad, por lo que en este sentido forma parte fundamental la prevención de la mortalidad infantil.

INTEGRACION

El Comité estará integrado por:

- I. Un Presidente, que será el Secretario de Salud de _____;
- II. Un Vicepresidente que será, el Director de Servicios de Salud de _____;
- III. Un Secretario Técnico que será, el _____
- IV. Y los vocales representantes de las Instituciones:
 - a) Instituto Mexicano del Seguro Social;
 - b) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
 - c) Secretaria de la Defensa Nacional;
 - d) Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia;
 - e) Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- V. Asociaciones y/o agrupaciones de la sociedad civil que tengan relación con el objeto del Comité y que sean invitadas por el Presidente del Comité.

FUNCIONES

Para el cumplimiento del objeto el Comité tiene las siguientes funciones:

- I. Elaborar un diagnóstico situacional de la problemática que enfrenta el estado de la mortalidad infantil y del menor de diez años, mantenerlo actualizado;
- II. Recabar los certificados de defunción del mes anterior a la celebración de cada sesión a efecto de analizarlos y elaborar un dictamen que exponga en lo general y lo específico la problemática de la mortalidad infantil y del menor de diez años;
- III. Dar capacitación y emitir recomendaciones al personal de salud, madres de familia y público en general sobre las acciones preventivas de la mortalidad infantil y del menor de 10 años;
- IV. Proponer políticas, procedimientos, estrategias y acciones para la operación del programa de mortalidad infantil y del menor de diez años;
- V. Vigilar y evaluar los procedimientos y lineamientos generales, así como el desarrollo y el resultado del programa;
- VI. Proponer las medidas necesarias para mejorar la instrumentación del programa;
- VII. Promover que las unidades de atención médica cuenten con la infraestructura, así como los insumos necesarios para las acciones del programa;
- VIII. Priorizar las áreas o regiones de mayor índice de mortalidad infantil en el estado para enfocar en ellas los esfuerzos del Comité;
- IX. Expedir su reglamento interno.

SESIONES DEL COMITÉ

El Comité Estatal de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia celebrará sesiones ordinarias y extraordinarias, las primeras deberán celebrarse en la segunda semana de cada mes y las extraordinarias cuando existan asuntos de extrema urgencia que así lo requieran.

En caso de que la sesión no pudiera celebrarse dentro de la fecha programada, deberá llevarse a cabo dentro de los quince días hábiles siguientes a la convocatoria original.

Las convocatorias para sesiones ordinarias deberán ser enviadas a los integrantes del Comité por el Vicepresidente, de conformidad con instrucciones del Presidente del Comité, acompañado del orden del día así como la documentación que se relacione con los asuntos a tratar por lo menos con ocho días hábiles de anticipación a la fecha que se pretenda celebrar la sesión.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES

DEL PRESIDENTE:

- I. Dirigir las labores encomendadas al Comité;
- II. Presidir las reuniones que en forma mensual se lleven a cabo con los integrantes del Comité;
- III. Informar y presentar la problemática real encontrada, los avances y logros del programa, además de proponer los asuntos que guarden relación con el Comité;
- IV. Coordinar actividades con los responsables de las instituciones del Sistema Estatal de Salud;
- V. Proponer al Comité con base en los resultados de la evaluación, alternativas de acción a seguir para el logro de objetivos;
- VI. Promover la difusión de la información a instituciones, personal técnico y público en general, que acuerden los integrantes del Comité.

DEL VICEPRESIDENTE

- I. Convocar a los miembros del Comité a las reuniones ordinarias y extraordinarias;
- II. Levantar las actas correspondientes cada vez que se reúna el Comité;
- III. Dar seguimiento a las recomendaciones emanadas del Comité;
- IV. Promover el establecimiento de los comités hospitalarios en las unidades que brinden atención obstetricia o pediátrica, tanto del sector público como privado; así como los comités jurisdiccionales.

DEL SECRETARIO TECNICO

- I. Recabar la información sobre la totalidad de los casos de mortalidad infantil que ocurran en las unidades de atención médica en el estado, para su análisis en el Comité;
- II. Promover la elaboración de estadísticas de la determinación de los fenómenos y tendencias de dichas mortalidades, así como sus variaciones regionales y locales;
- III. Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados, en particular en las muertes previsibles.

DE LOS VOCALES

- I. ASISTIR A LAS REUNIONES QUE CITE EL Comité;
- II. Informar al Comité del trabajo realizado en la institución que represente;
- III. Cumplir con las comisiones que el Comité le indique sobre avances y resultados;
- IV. Participar en la elaboración de informes;

- V. Proponer cambios o modificaciones para el mejor funcionamiento del Comité;
- VI. Proponer acciones de educación media continua y al público en general para el logro de los objetivos del Comité.

Acto seguido _____, Secretario(a) de Salud y Director(a) General de los Servicios de Salud de _____, procede a instalar el Comité Estatal de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, tomando la protesta respectiva a los integrantes, exhortándolos al eficaz cumplimiento de los objetivos, funciones y acciones en el campo de la salud y desarrollo social.

PRESIDENTE(A)

VICEPRESIDENTE(A)

**Secretario(a) de Salud y Director(a) General de los
 Servicios de Salud
 De _____**

Director(a) de Servicios de Salud

SECRETARIO(A) TECNICO(O)

Subdirector(a) de Epidemiología

VOCALES DEL COMITÉ

Delegado(a) Estatal IMSS

Delegado(a) Estatal ISSSTE

Director(a) del DIF Estatal

**General de Brigada D.E.M. Comandante de la X
 Zona Militar.**

Director(a) Municipal del DIF

Dando por terminada la presente a las _____ horas del mismo día de su inicio, firmando al margen y al calce quienes en ella intervienen.

Bibliografía

1. Manual de operación para los Comités de Mortalidad de la Infancia. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Secretaría de Salud. México 2010.
2. Manual de Procedimientos Estandarizados para el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED). Disponible en línea. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/26_2012_Manual_SEED_vFinal.pdf
3. Organización Mundial de la Salud, Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates, OMS, Ginebra, 2006, pág. 24.
4. Reeves B, Quigley M, A review of Data-Derived Methods for Assigning Causes of Death from Verbal Autopsy. Disponible en línea <http://www.who.int/whosis/mort/verbalautopsystandards/en/>
5. Indicadores y noticias de salud, Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas Informe de Actividades 1993-1994, Septiembre-Octubre de 1994, Vol 36, No.5
6. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2013. México Gobierno de la República. Disponible en www.objetivosdesdesarrollodelmilenio.org.mx
7. Información y Evaluación. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de Procedimientos Técnicos, 1998. Consejo Nacional de Vacunación. Secretaría de Salud. México.
8. Gonzalo Gutiérrez, MC., MS.P., Héctor Guiscafre, M.C. Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas. Experiencias de un programa de investigación-acción. Salud Pública México 1994; 36: 168-179.
9. Norma Oficial Mexicana 017-SSA-2012 para la Vigilancia Epidemiológica.
10. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Nutrición 2012, Resultados Nacionales. Cuernavaca Morelos, México; 2012 (acceso 22 enero 2014). Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_NUT2012ResultadosNacionales.pdf.
11. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2013-2018: Salud de la Infancia y la Adolescencia. México, D.F. 2014.

Abreviaturas y Acrónimos

CEC. Centros Estatales de Capacitación.

CeNSIA. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

COERMI. Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.

COJUMI. Comité Jurisdiccional de Análisis de la Mortalidad de la Infancia

CONAPO. Consejo Nacional de Población.

CRC. Centros Regionales de Capacitación.

DGE. Dirección General de Epidemiología.

DGIS. Dirección General de Información en Salud.

EDA. Enfermedad Diarreica Aguda.

IRA. Infección Respiratoria Aguda.

ODM. Objetivos de desarrollo del milenio.

PASIA. Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Glosario de Términos

Atención Integrada – Conjunto de acciones que proporciona el personal de salud al menor de 19 años en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo de consulta.

Centro Estatal de Capacitación – Sistema integrado por Unidades de Salud de primer nivel y un hospital de referencia, que desarrolla actividades existenciales de calidad óptima y simultáneamente realiza docencia.

Desarrollo Infantil – Se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de las niñas y niños de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos.

Dictamen.- para fines del Programa de Infancia, se refiere al análisis de las autopsias verbales que permite identificar las fallas en el proceso de atención que originaron la muerte del menor.

Mortalidad Infantil – Variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Población Vulnerable - Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras.

Tasa de Mortalidad Infantil – Número de muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado.

Tasa de Mortalidad en menores de cinco años. Es el número de defunciones de niños menores de cinco años de edad por cada mil nacidos vivos en el año de referencia.

Agradecimientos

Mtra. Julieta Parga Alonso. Quien se desempeñó como Responsable de la Coordinación de Mortalidad de la Infancia en el periodo 2009-2010 y aportó los aspectos generales de la organización de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia.

Dra. Hilda Soto Trejo. Responsable de Vigilancia Epidemiológica de las Defunciones por Enfermedad diarreica e Infección Respiratoria Aguda, por su asesoría sobre el registro de información en el reporte mensual de autopsias verbales por defunciones de EDA e IRA y constante apoyo.

A las compañeras de la Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia: Dra. Ariana Bernal Zamora, Dra. Iasmín Castañeda Pérez, Dra. Leyla Camarillo, L. E. Amanda Mendoza Martínez, Lic. Comunicación Humana María Magdalena Solares Lamas, Lic. Nut. Susana Torres Perera.

Dra. Baudilia Badillo Rodríguez, responsable del Componente de Enfermedad Diarreica e Infección Respiratoria Aguda en el Estado de Nuevo León, por su aportación y comentarios.

No podemos dejar de omitir nuestro reconocimiento a la labor que día a día realizan nuestros compañeros responsables del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, en cada entidad federativa, quienes con entusiasmo y dedicación enfrentan los retos que surgen de la realidad del país y con la mejor actitud, logran ser resolutivos ante los mismos.