



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Lineamiento de Operación 2020 de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)



CENSIA

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Programa de Atención a la
Salud de la Infancia



D.R. © Secretaría de Salud
"Lineamiento de Operación 2020 de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia".
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Francisco de P. Miranda 177, Col. Lomas de Plateros
Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01480. Ciudad de México
Actualización: Marzo 2020



Directorio **Secretaría de Salud**

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Asa Ebba Cristina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud



Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Miriam Esther Veras Godoy

Directora General

Dr. José Luis Díaz Ortega

Director del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Mtro. Agustín López González

Director de Determinantes Sociales de Salud para la Infancia y la Adolescencia

Dra. Martha Renatta Pacheco García

Subdirectora Técnica de Salud de la Infancia

Dra. Iasmín Castañeda Pérez

Responsable de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en el Infancia

Lic. Enf. María Teresa Tanguma Alvarado

Responsable de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en el Infancia

Dirección General de Epidemiología

Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez

Director de Información Epidemiológica

M. en C. Kathia Rodríguez González

Jefa de Dpto. de Recepción de Información Epidemiológica

Dr. José de la Luz Cruz Canela

Responsable de Codificación CIE-10/ Dirección de Información Epidemiológica.

Lic. Alejandro Castro Jaramillo

Enlace Nacional SEED/ Dirección de Información Epidemiológica.



Índice

Introducción.....	6
Fundamento Normativo.....	10
Organización	11
Monitoreo y evaluación.	18
Abreviaturas y Acrónimos	31
Glosario	32
Anexos.....	34
Bibliografía	145

Introducción.

La mortalidad infantil es un indicador útil que refleja la condición de salud de las niñas y niños, así como las condiciones socioeconómicas en las que viven, además se considera un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de salud.

La Tasa de mortalidad infantil refleja la magnitud de los problemas de salud que son directamente responsables de la muerte de las niñas y niños, por ejemplo: las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la desnutrición principalmente. Todo lo anterior lo convierte en uno de los principales indicadores a medir a través del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar. Si bien cada día mueren alrededor de 17,000 niños menos que en el año 1990, para el año 2016, 5.6 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años, y más de la mitad de estas muertes se debieron a enfermedades prevenibles como la neumonía, complicaciones de parto prematuro, asfixia perinatal y malaria. Además, en el mundo, aún existen regiones donde se concentran las tasas de mortalidad más elevadas por ejemplo el África Subsahariana, donde 1 de cada 13 niños muere antes de cumplir 5 años.

Durante el 2017 en México los indicadores de mortalidad, alcanzaron las siguientes tasas:

Indicador	Tasa 2017
Tasa de mortalidad Infantil *	12.0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años*	14.5
Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años**	5.5
Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años**	15.0

Fuente: Datos proporcionados por: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones basadas en las proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO y de datos de mortalidad 2013-2017.

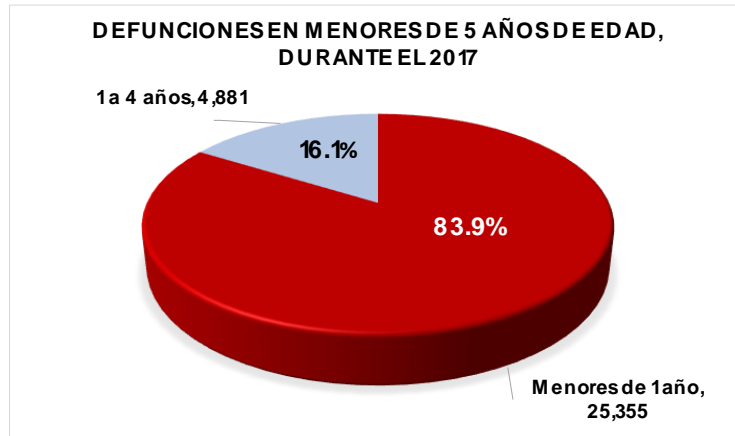
*Tasa por 1000 nacidos vivos.

**Tasa por 100,000 menores de cinco años de edad

En el año 2017 en México se presentaron 30, 236 muertes en personas menores de cinco años, con una tasa de mortalidad de 14.5 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. Del total de defunciones el 83.9% (25,355) correspondió a las ocurridas en menores de 1 año de edad (Gráfica 1).



Gráfica 1



Fuente: Elaboración CeNSIA. Datos obtenidos de: Cubos dinámicos de defunciones. 1998-2017 INEGI/SS. Para elaborar principales causas con lista GBD 165. Fecha de consulta: 09-01-2019. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Las defunciones ocurridas en el periodo neonatal temprano y tardío representaron un 62.8%. El 37.2% restante ocurrieron en el grupo posneonatal (Figura 1)

Figura 1

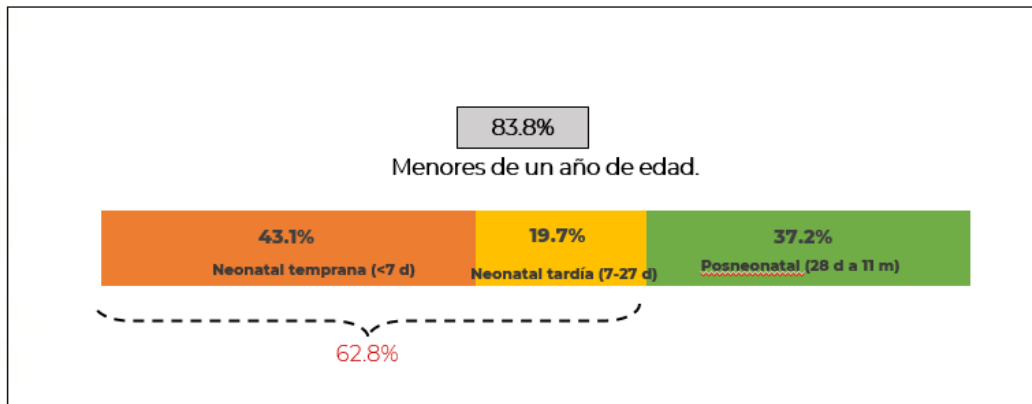


Figura 1: Características de las defunciones en menores de cinco años de acuerdo a edad de ocurrencia.

Respecto a las causas de mortalidad, casi el 70% obedecen a causas perinatales y anomalías congénitas, sin embargo, patologías como la diarrea y neumonía se ubican dentro de las primeras cinco causas de muerte. Las deficiencias de la desnutrición son causa de 2% de las defunciones en menores de cinco años, lo cual la convierte en una de las causas que deben vigilarse estrechamente. (Figura 2)



Figura 2

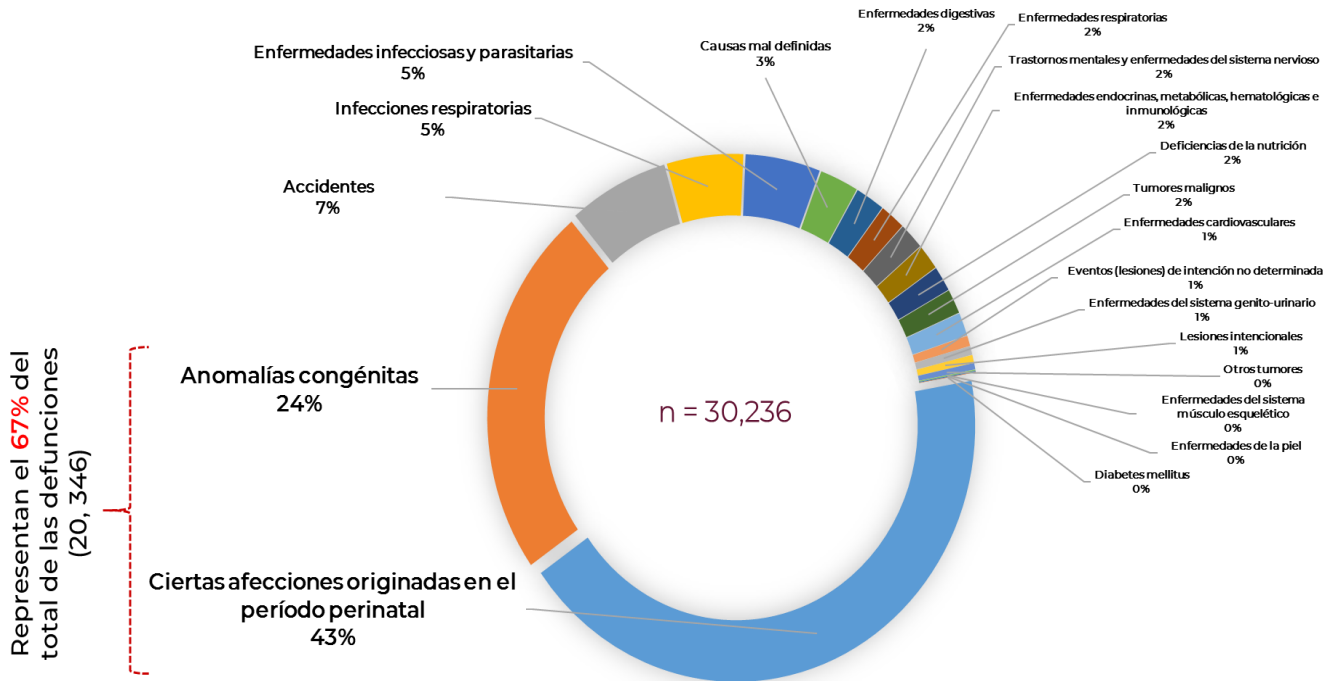
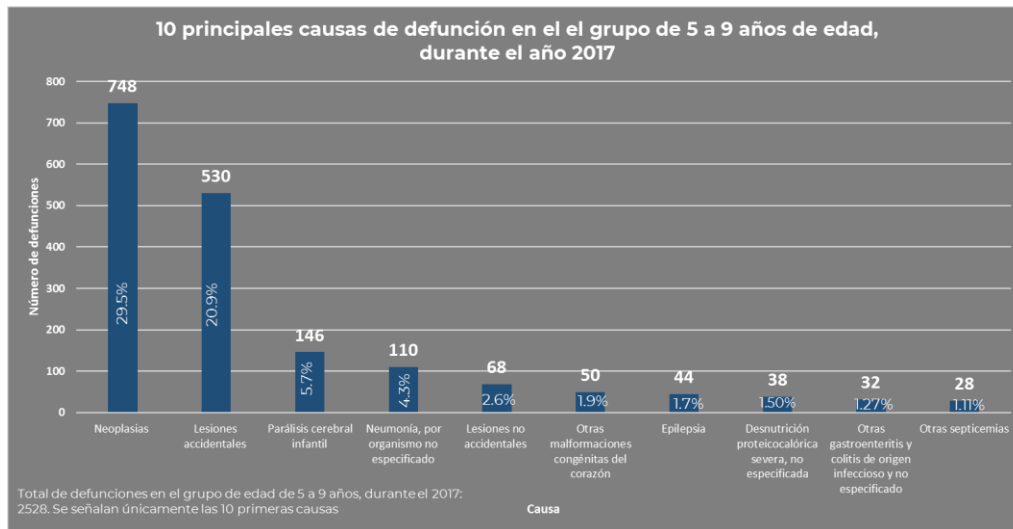


Figura 2. Causas de muerte en menores de 5 años, 2017, México. Fuente: Elaboración CeNSIA. Datos obtenidos de: Cubos dinámicos de defunciones. 1998-2017 INEGI/SS. Para elaborar principales causas con lista GBD 165. Fecha de consulta: 09-01-2019. Disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

En las personas de 5 a 9 años de edad, las principales causas de mortalidad para este grupo en el año 2017 fueron: Neoplasias 29.5%; lesiones accidentales 20.9%, parálisis cerebral infantil 5.7%, neumonía por organismos no especificados 4.3% y lesiones no accidentales 2.6% como parte de las que ocupan los cinco primeros lugares (grafica 2).

Grafica 2.- Diez principales causas de defunción en el grupo de 5 a 9 años de edad, durante el año 2017.



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Cubos Dinámicos. Defunciones 1979-2017 INEGI/SS. Principales causas 2017. Consultado el 25 de octubre de 2019. Desde <http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cmortalidadxp.html>.

Si bien en México se ha tenido una disminución significativa de las defunciones en la población menor de 5 años, la investigación científica ha puesto de manifiesto durante las dos últimas décadas el enorme impacto que tienen sobre la salud determinantes sociales como son la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social, el género, entre otros; manifestándose en desigualdades en salud muy diversas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot & Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996)¹⁴

En nuestro país la sobrevivencia en la infancia se ve afectada por situaciones de inequidad socioeconómica y de acceso a servicios, como son al agua potable, saneamiento básico, acceso alimentario y otros que en su conjunto influyen en la conservación o deterioro a la salud de una población.

Por todo lo anterior, el CeNSIA a través del Programa de Salud de la infancia, promueve la instalación y operación de los Comités Estatales y Jurisdiccionales de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, como una estrategia transversal en donde se analizan las causas de muerte y las fallas en el proceso de atención, con la finalidad de establecer acciones locales que impacten en la prevención y reducción de la mortalidad en este grupo poblacional.

Fundamento Normativo

Entre las prioridades del Gobierno de la Cuarta Transformación es construir un país con bienestar mediante una política social que permita construir la modernidad desde abajo entre todos y sin excluir a nadie; siendo así el Estado el máximo garante de derechos, considerando que estos son inherentes a la persona, irrenunciables, universales y de cumplimiento obligatorio.

El presente Lineamiento se fundamenta en el siguiente marco jurídico, que brinda las bases para la integración y actividades del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

Artículo 1° Que señala que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Artículo 4° párrafo cuarto Toda persona tiene derecho a la protección de la salud

Programa Sectorial de Salud

objetivo 5 Salud y bienestar; Estrategia 5.2: Salud y asistencia social brindada a Niñas, Niños y Adolescentes; Mejorar los servicios de salud y asistencia social que procure el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos, equidad de género y sensible al ciclo de vida

Leyes

Ley General de Salud. DOF. 07-02-1984. Ref. DOF. Última Reforma 12-07-2018. En su capítulo V, artículo 62 establece que en los Servicios de Salud se promoverá 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.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF: 04-12-2014. Última reforma DOF: 09-03-2018. En su artículo primero, reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, con capacidad de goce de los mismos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, enfatizando el derecho a la protección de la salud y la seguridad social de este grupo de edad, así como describiendo los aspectos más importantes para su cumplimiento.

Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares En el COERMI/COJURMI se trata información delicada de las defunciones analizadas, por lo que el formato de minuta y la lista de asistencia debe especificar que la información recabada cuente con la debida la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad de la misma.

Reglamentos

Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. DOF: 19-01-2004. Última reforma DOF: 29 de noviembre de 2006 El Artículo 47, menciona las atribuciones y facultades del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en materia de salud de niñas, niños y adolescentes.



Normas Oficiales Mexicanas

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p>	<p>Documento Legal al que debe apegarse el personal de salud en el ámbito de la atención médica, pública y privada. Establece los criterios científicos, éticos, tecnológicas y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.</p> <p>Para el análisis de las defunciones por EDA e IRA, el expediente forma parte de los documentos de investigación.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.</p>	<p>Establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana Nom-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.</p>	<p>En el apartado 12. señala que se debe contar con información sobre morbilidad, otros motivos de atención y mortalidad. Que es competencia de los Programas, contribuir a las estadísticas de mortalidad general y fetal que elaboran los integrantes del SNS y que son de carácter preliminar. Señala el uso correcto del Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal como fuentes de información, misma que se utiliza con fines epidemiológicos y estadísticos, para la planeación, asignación de recursos y la evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas implementados por los integrantes del SNS, así como para mejorar la calidad de las estadísticas oficiales emitidas anualmente por el INEGI.</p> <p>Señala que Corresponde a los SESA, en un plazo no mayor a una semana a partir de la fecha de registro, recuperar el Certificado original del Registro Civil para complementar la integración de la información en el SEED. Para el COERMI revista especial interés que se cuente con un correcto registro del certificado de defunción.</p>

Organización

Objetivo del Programa de Salud de la Infancia.

Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario; a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación con enfoque de género, inclusión e interculturalidad priorizando a las poblaciones indígenas, con alto grado de marginación, en situación de pobreza y a otros grupos vulnerables.

Del cual desprendemos los siguientes objetivos:

Objetivo General del Comité.

Contribuir al cumplimiento y formulación de estrategias sectoriales en salud pública, para mejorar el proceso de calidad de la atención y coadyuvar en la disminución de la mortalidad por las principales causas de defunción por enfermedad en las personas menores de diez años de edad en el país.



Objetivos específicos

- Analizar oportunamente la información emitida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica referente a la mortalidad para detectar, prevenir y controlar las principales causas de muerte en menores de diez años.
- Analizar oportunamente la información generada por los sistemas oficiales de salud, para evaluar el impacto del Programa de Infancia en cada uno de sus componentes y establecer estrategias sectoriales para abatir morbilidad y mortalidad.
- Realizar intervenciones sanitarias con la finalidad de mejorar y aprovechar los recursos, orientándolos con enfoque de riesgo y priorización.
- Generar estrategias y programas en educación para la salud cuyo objetivo será capacitar al personal de salud de los diferentes niveles de atención.
- Identificar los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en menores de cinco años de edad para Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y por otras defunciones prevalentes de la Infancia sujetas a vigilancia epidemiológica consideradas prioritarias para contribuir a la reducción de la mortalidad.
- Determinar los factores asociados que incidieron en el proceso de atención, enfermedad y muerte en las y los menores de diez años de edad.
- Participar en el proceso de ratificación o rectificación de la defunción por enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda, en el menor de cinco años.

Estrategias, líneas de acción y actividades.

Estrategia 1. Promover la organización interinstitucional del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia

Líneas de acción:

- 1) Integrar el Comité Estatal / Jurisdiccional para analizar las causas que originaron la muerte de los menores de 10 años, e implementar estrategias sectoriales para prevenir y reducir la mortalidad en este grupo etario:
 - Realizar la integración* del Comité con un representante de las siguientes áreas institucionales:
 - Responsable de mortalidad sujeta a vigilancia Epidemiológica, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Promoción de la Salud, Prevención de Accidentes,
 - Planeación y Estadística;
 - Dirección de Calidad y Educación en Salud,

- Responsables de los componentes del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia (PASIA).
- Coordinador (a) del Programa de Salud Materna y Perinatal.
- Integrar a especialistas relacionados con el tema de morbilidad y mortalidad en la infancia (por ejemplo: pediatras, ginecólogos, médicos legistas, etc.) y los que el Comité considere pertinente integrar dentro del ámbito de especialización según sea el caso.
- Integrar al Comité Estatal, un representante del Sistema Estatal de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA).
- El Comité Estatal deberá estar presidido por el Director de los Servicios de Salud y el Comité Jurisdiccional por el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.
- 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 o Pediátrico Estatal.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
 - Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- El Coordinador del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA) fungirá como responsable de promover la integración y verificar la correcta operación del Comité.

*La integración del Comité será de acuerdo a su ámbito de competencia y estructura orgánica jurisdiccional, tomando como referencia las áreas e instancias mencionadas en la integración del Comité Estatal.

Es competencia de la Coordinación Estatal del PASIA:

- Impulsar la integración interinstitucional del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia.
- Verificar que el comité Estatal y los Comités Jurisdiccionales sesionen de acuerdo a lo programado. El nivel jurisdiccional realizará de forma ordinaria 1 sesión mensual o en su defecto un mínimo de 8 sesiones al año. En el nivel estatal se debe realizar al menos 6 sesiones durante el año. En ambos niveles administrativos se realizarán las sesiones extraordinarias que se requieran.
- Realizar el control de calidad de los datos, verificando que la minuta del nivel jurisdiccional cuente con la información que se pide en cada uno de los apartados del formato. Los acuerdos generados como producto del análisis de la defunción, deberán guardar relación a las fallas detectadas. Cuando se analicen los

aspectos generales del Programa de Salud de la Infancia los acuerdos serán congruentes con la debilidad detectada.

- Realizar el seguimiento de acuerdos estatales y jurisdiccionales. Apoyar en la gestión del cumplimiento de acuerdos jurisdiccionales cuando por la naturaleza del mismo se requiera la participación de otros actores o de la alta dirección.

Es competencia del Responsable del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia del Estado:

Desarrollar las actividades de organización y logística del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia:

- Elaborar la propuesta del calendario anual de sesiones y enviarlo a CeNSIA durante el primer mes del año estadístico. El Comité jurisdiccional debe remitir su calendario al nivel estatal antes de dicho plazo, de tal forma que la entidad cumpla en tiempo con lo solicitado.
- Verificar que el Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia sesione de acuerdo a lo programado. Cualquier cambio de fecha en la programación realizará dentro del mismo trimestre. El nivel estatal es el responsable de notificar vía correo electrónico a CeNSIA estos cambios. La sesión que por causa de fuerza mayor no pueda realizarse en la fecha acordada, deberá ser reprogramada, de tal forma que se cumpla la meta anual establecida por el estado.
- Elaborar y enviar oportunamente la convocatoria a los miembros del Comité y verificar que se integre el Quórum necesario. La asistencia del 50% de los integrantes más uno se considera suficiente para llevar a cabo la sesión. Elaborar el orden del día, y lista de asistencia.
- Levantar las actas y/o minutas correspondientes a cada sesión.
- Establecer los mecanismos de control estatal y/o jurisdiccional para el seguimiento de acuerdos y compromisos generados durante las sesiones.
- Mantener vigente el Acta Constitutiva de Instalación. Cuando el 80% de los integrantes cambie se actualizará lo antes posible, enviando a CeNSIA dicha actualización. En caso contrario, cada dos años se enviará a CeNSIA la ratificación de vigencia del Acta.
- Coordinar las sesiones del Comité, cuando así lo designe el Presidente.
- Verificar que se cuente con los siguientes materiales de apoyo para llevar a cabo las acciones del COERMI:
 - 1) Calendario anual de sesiones programadas.
 - 2) Formato de minuta e instructivo vigentes.
 - 3) Cuestionario de Autopsia Verbal por EDA.
 - 4) Cuestionario de Autopsia Verbal por IRA.
 - 5) Cuestionario de autopsia verbal por otras causas Prevalentes en la Infancia (AVOCP).



- 6) Formato de Dictamen de autopsia verbal por EDA.
- 7) Formato de Dictamen de autopsia verbal por IRA.
- 8) Formato de Dictamen para defunciones por otras causas Prevalentes en la Infancia.
- 9) Formato "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales realizadas por EDA e IRA".
- 10) Certificado de defunción.
- 11) Resumen clínico.
- 12) Anexo 8 INEGI Secretaría de Salud/ INEGI.

- Integración de la información: Es responsabilidad del Comité Jurisdiccional integrar de forma ordenada la información electrónica. En archivo word la minuta y escaneados los siguientes documentos: lista de asistentes, formato de dictamen, cuestionario de autopsia verbal, certificado de defunción y anexo 8. Toda la información debe integrarse en una carpeta electrónica señalando fecha de sesión y nombre de la Jurisdicción sanitaria. El Comité Estatal, verificará que la información de los comités jurisdiccionales se organice a lo descrito previamente.
- Notificación de la información. La información se deberá enviar por el responsable del comité jurisdiccional a su nivel estatal dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha de sesión y a su vez el responsable Estatal compartir con el área de mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica una copia de la dictaminación.
- Es responsabilidad del nivel Estatal enviar a CeNSIA la minuta en formato word y lista de asistencia escaneada. Esta información se debe integrar en la misma carpeta electrónica debidamente identificada. Se contará con 10 días hábiles posterior a la fecha de sesión para su oportuna notificación.

Estrategia 2. Determinar los factores asociados que incidieron en el proceso de atención, enfermedad y muerte en las y los menores de diez años de edad.

Líneas de acción:

- 1) Analizar oportunamente la información emitida por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica referente a la mortalidad en menores de cinco años:
 - Identificar los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad en menores de cinco años de edad para Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y para otras Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
 - Analizar oportunamente la información generada por los sistemas oficiales de salud, para evaluar el impacto del Programa de Infancia en cada uno de sus componentes y establecer estrategias sectoriales para abatir morbilidad y mortalidad.

Es competencia del Responsable del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia del Estado:

Mantener y/o establecer coordinación con el área de Epidemiología Estatal o Jurisdiccional para realizar el seguimiento y control de información de mortalidad de la Infancia:

- El PASIA debe mantener comunicación con el área estatal o jurisdiccional de epidemiología (según corresponda), para la validación y confronta mensual de las defunciones por causa de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA).
- Contar con la copia de 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 Sistema Estadístico Epidemiológico de las defunciones (SINBA-SEED) por las áreas normativas correspondientes en la entidad federativa.
- Mantener coordinación quincenal (puede ser con mayor periodicidad si así lo determina el Estado) con el responsable de Vigilancia Epidemiológica para solicitar el listado de defunciones por EDA e IRA de los menores de cinco años, que emite la base REDVE "Registro Electrónico de las Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica".
- Mensualmente validar con el área de Epidemiología y Estadística estatal o jurisdiccional, que las defunciones por EDA e IRA registradas en las plataformas REDVE y SEED-SINBA, sea en igual número y correspondan al diagnóstico que se determinó en el COERMI/COJURMI. El programa de Infancia debe contar con la evidencia de la investigación para brindar el soporte al dictamen de la defunción.
- Contar con el concentrado mensual de las defunciones por EDA e IRA ocurridas en menores de cinco años de edad y a los cuales se realizará autopsia verbal.
- Disponer del concentrado mensual de las defunciones ocurridas por otras causas prevalentes en la infancia y de interés epidemiológico para el estado, a las que se realizará autopsia verbal.
- Verificar que los responsables del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, etc., tengan conocimiento de las defunciones por EDA e IRA que les corresponden de acuerdo a la afiliación registrada en el certificado de defunción y que ameriten autopsia verbal.
- Validar y/o recabar con epidemiología estatal o jurisdiccional, las autopsias verbales realizadas por el Sector Salud (dependiendo de la organización de los Servicios Estatales de Salud).
- Mantener el intercambio de información interestatal respecto las defunciones ocurridas en la entidad pero que por lugar de residencia habitual correspondan a otra entidad federativa esto se requiere para que se realice la investigación pertinente en ambas entidades. Ya que INEGI genera la tasa de mortalidad por entidad de




residencia y el programa de Salud de la Infancia genera una evaluación interna por entidad de ocurrencia. Para el programa de Infancia, el análisis por sitio de ocurrencia brinda información sobre las fallas del proceso de atención y por sitio de residencia sobre las medidas de promoción y prevención de la salud, de tal forma que en ambas situaciones se deben tomar las estrategias pertinentes para prevenir otras situaciones similares.

- La autopsia verbal se realiza con motivo de un certificado de defunción de acuerdo a la entidad de residencia habitual.
- Fortalecer la investigación de los factores asociados que incidieron en el proceso de atención mediante la oportuna notificación de las defunciones:

-Cuando la defunción ocurra dentro del mismo estado, pero en un municipio diferente al de residencia habitual, es competencia del responsable del PASIA estatal y jurisdiccional conocer, notificar y facilitar los datos de la defunción al responsable del PASIA de la jurisdicción sanitaria de residencia habitual que corresponda a la defunción.

-Cuando la defunción registrada por la Entidad Federativa, pertenezca a otro Estado por lugar de residencia habitual, es competencia del PASIA estatal conocer, notificar y facilitar la documentación necesaria al Responsable Estatal del PASIA del Estado de residencia habitual del menor que falleció; esto para que se lleve a cabo el levantamiento de la AV por la entidad de residencia habitual.

- La realización de la Autopsia Verbal es competencia del Programa de Infancia en colaboración con el área de vigilancia epidemiológica, por lo que al interior de los Servicios Estatales se definirán los mecanismos de coordinación para su realización.
- Recibir las autopsias verbales dictaminadas en el Comité Jurisdiccional de estrategias para la Reducción de la Mortalidad de la Infancia (COJURMI), y los certificados de defunción respectivos. El cuestionario de autopsia verbal se debe acompañar del certificado de defunción, formato de dictamen y anexo 8 de INEGI.
- El nivel Estatal, debe verificar que los Comités en las jurisdicciones sanitarias realicen las sesiones de análisis de las defunciones por causa de EDA e IRA y otras causas de enfermedades prevalentes de la infancia. Cuando en la fecha programada de la sesión, no se cuente con autopsias verbales para dictaminar, se dará prioridad a la evaluación del Programa de Infancia y cumplimiento de indicadores, así como aspectos operativos que incidan en el cumplimiento de las actividades del Programa.

- 
- El responsable del Comité dará seguimiento a los acuerdos y compromisos que se determinaron para mejorar la calidad de la atención médica y contribuir a disminuir la mortalidad en menores de diez años de edad, con motivo de las fallas en la atención detectadas.
 - Usar la información derivada del análisis de las defunciones y autopsias verbales para la evaluación y seguimiento de las acciones para prevenir EDA e IRA.
 - La Coordinación Estatal del PASIA debe elaborar el "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA" y validar el número de defunciones de menores de cinco años y AV realizadas, con el responsable del área de Vigilancia Epidemiológica del Estado.
 - La Coordinación estatal del PASIA deberá enviar a CeNSIA el "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA", la última semana de cada mes, con información cotejada y actualizada en el SINBA-SEED y la plataforma REDVE, con información del mes inmediato anterior.
 - En coordinación con el Responsable de Epidemiología y los miembros del Comité, se deben priorizar las actividades de intervención.
 - Participar con todos los integrantes del Comité en la ratificación/rectificación de la causa básica de los certificados de defunción, principalmente con el área de epidemiología Estatal o Jurisdiccional según corresponda.


Estrategia 3.- Generar propuestas de estrategias y programas de educación para la salud.

Líneas de acción:

- Derivado del análisis de mortalidad, generar estrategias y programas locales en educación para la salud para el personal de los diferentes niveles de atención:
- 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.

Monitoreo y evaluación.

La Dirección General de Epidemiología se encarga de coordinar los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica. Estos se sustentan en metodologías y procedimientos que tienen como principal estrategia la vigilancia activa de las defunciones a través de diferentes instrumentos que la Norma Oficial Mexicana 017 para la Vigilancia Epidemiológica señala en su apéndice informativo B.



Es de interés para el Programa de Salud de la Infancia, el uso de la autopsia verbal para el análisis de las fallas del proceso de atención de las defunciones por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años y también para contribuir a la calidad de las estadísticas.

Autopsia Verbal

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

Para el Programa de Salud de la infancia, los propósitos fundamentales de la Autopsia Verbal, son:

- Identificar las fallas del proceso de enfermedad y atención de la niña y el niño.
- Establecer estrategias para contribuir a la prevención y disminución de la mortalidad.
- Contribuir con el área de vigilancia epidemiológica en el proceso de ratificación/rectificación de la causa de muerte por EDA e IRA.

La autopsia verbal se realiza por entidad de residencia a partir del certificado de defunción y para ampliar la "sensibilidad" en la vigilancia de las defunciones, el Programa de Infancia tomará aquellos certificados de defunción en donde se registre en cualquier línea de captura como causa de muerte una enfermedad diarreica aguda, una infección respiratoria aguda u otras causas de muerte por enfermedades prevalentes de la infancia. El certificado deberá haber sido codificado y capturado en el SEED-SINBA estatal, por las áreas responsables de dicho proceso en cada entidad federativa.

La autopsia verbal se considera adecuada cuando aporta información suficiente para identificar las fallas durante el proceso de enfermedad-atención y finalmente, dictaminar los factores que influyeron en la muerte del menor.

La entrevista deberá ser aplicada preferentemente por personal de trabajo social o de enfermería previamente capacitado. 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. Debe realizarse con participación del personal de la jurisdicción sanitaria.

Es necesario que la AV se realice y analice idealmente entre los primeros 15 a 30 días posterior a la defunción, o bien en los primeros 7 días a partir de que el certificado de defunción se recibe en la oficina de PASIA en aquellos casos que rebase los 30 días de ocurrida la defunción.

Se realizarán tres intentos para aplicar el cuestionario de autopsia verbal. 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; así como los datos del entrevistador (nombre completo, cargo y firma). Nombre y firma de la autoridad de la localidad (ejidatario, municipio, etc.). Esta nota se anexará al cuestionario de AV acompañado de la copia del certificado de defunción. Una vez integrada la información esta deberá ser enviada al nivel inmediato superior del PASIA, para que se lleve a cabo el verificativo de cumplimiento de actividades.

Metodología.

Se realiza autopsia verbal, en donde alguna de las siguientes causas aparece incluida en cualquier línea del certificado de defunción:

- a) Enfermedad diarreica aguda: Los padecimientos y código CIE-10 mencionados en la tabla 1.
- b) Infección respiratoria aguda: Los padecimientos y código CIE-10 mencionados en la tabla 2.
- c) Defunciones por otras causas de enfermedades prevalentes de la Infancia: En el pleno del Comité se determinará el número de defunciones a analizar por otras causas de mortalidad identificadas por cada entidad federativa como prioridad epidemiológica para impactar en la disminución de la mortalidad y que se asocien a 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, la "Autopsia Verbal para Otras Causas Prioritarias (AVOCP*)" o en el resumen clínico.

*La aplicación de la AVOCP es de interés únicamente para el Programa de Salud de la Infancia, por lo que una vez identificada la falla en el proceso de atención, el resultado se reportará al CeNSIA en el formato de minuta anexo al presente lineamiento. Se debe realizar en los primeros 15 a 30 días posterior a la defunción. En caso de atraso en el flujo de información se deberá realizar, 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 asociada con afección perinatal, malformaciones congénitas, tumores malignos, lesiones no intencionales e intencionales y desnutrición en menores de 10 años de edad.

Tabla 1.- Enfermedad Diarreica Aguda

Sub grupo	Padecimiento	Clave CIE-10	Amerita Vigilancia activa de la mortalidad*	Amerita Autopsia verbal*
Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo	Cólera	A00	Si	Si
	Fiebre tifoidea	A01.0	Si	Si
	Paratifoidea	A01.1	Si	Si
	Otras salmonelosis	A02	Si	Si
	Shigelosis	A03	Si	Si
	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.	A04, A08-A09, excepto A08.0	Si	Si
	Intoxicación alimentaria bacteriana	A05	Si	Si
	Amibiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	Si	Si
	Giardiasis	A07.1	Si	Si
	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	A07.0, A07.2, A07.9	Si	Si
	Ascariasis	B77	Si	Si
	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81, B83	Si	Si
	Enterobiasis	B80	Si	Si

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. *En menores de cinco años.

Tabla 2.- Infección Respiratoria Aguda

Subgrupo	Padecimiento	Clave CIE-10	Amerita Vigilancia activa de la mortalidad*	Amerita Autopsia verbal*
Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio	Infecciones respiratorias agudas	J01, J02, J03, J04, J05, J20, J21 EXCEPTO EL J02.0, J03.0	Si	Si
	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18 excepto J18.2	Si	Si
	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	Si	Si

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. *En menores de cinco años.

Consideraciones especiales de la tabla 2 Infección Respiratoria Aguda: Respecto al subgrupo Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio se debe tener presente las siguientes acotaciones:

- La lista de afecciones poco probables de ocasionar la muerte de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, volumen II, página 238 del anexo 7.4, señala que las categorías: J00 Rinofaringitis aguda (resfriado común) y J06.0 a J06.9 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados; no son causas de muerte; por este motivo se excluyeron de la tabla 2 para realizar autopsia verbal.
- Cuando el certificado de defunción señale como causa básica alguno de los códigos referidos (J00, J06.0 a J06.9) se someterá a rectificación por el Comité.
- Cuando los códigos J00 y J06.0-J06.9 aparezcan como causa única de defunción, se tendrá que ratificar y capacitar al personal en el correcto registro del certificado de defunción.

Numero de Autopsia Verbal (AV) a realizar

El número de AV que debe realizar cada Entidad Federativa, se cumplirá de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Se realizará autopsia verbal al 100% de las defunciones por causa de EDA e IRA incluida en cualquier línea del certificado de defunción. Para las entidades federativas en las que el número de defunciones por infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas en el último año sea menor o igual a 120, se realizará al 100% de las defunciones por estas causas.
2. En aquellas entidades federativas donde las defunciones por infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas en el último año sean mayores a 120, deberán realizar lo siguiente:
 - 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 los incisos anteriores 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 realizará la autopsia verbal puede considerar las siguientes opciones:
 - quedarse con los municipios del cuartil superior,
 - tomar en cuenta los municipios repetidores o
 - considerar los municipios con tendencia ascendente de la mortalidad.
- Para el análisis de las defunciones por otras causas de enfermedades prevalentes de la Infancia se tomarán en cuenta los municipios de riesgo y el número de defunciones que pueden ser analizadas mensualmente por el Comité y con los recursos con los que se cuente.

Los municipios de riesgo se definirán con base en la tasa de mortalidad infantil y preescolar de los últimos cinco años que se ubique por arriba de la media estatal y si cumple con al menos tres de los siguientes parámetros:

- a) Municipios considerados con menor índice de desarrollo humano.
 - b) Municipios con esquema de vacunación antisarampionosa (SRP) inferior al 95% en población menor de un año de edad.
 - c) Municipios con esquema de vacunación antirrotavirus inferior al 95% en población de un año de edad.
 - d) Municipios cuya tasa de incidencia y mortalidad por desnutrición se encuentren por arriba de la media estatal en los últimos cinco años.
3. Es conveniente que la autopsia verbal se realice por la institución de afiliación (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR) a la que pertenece el menor. Cuando en el certificado de defunción se señale: Ninguna Afiliación, la AV será realizada por la Secretaría de Salud.
4. El dictamen de la defunción se realiza en el Comité con base a la autopsia verbal, el certificado de defunción o el resumen clínico en caso necesario. Posterior a la revisión y análisis detallado de estos documentos, se llenará el formato de dictaminación anexo al presente lineamiento.
- Cuando la Jurisdicción Sanitaria cuente con el COJURMI, este dictaminará el 100% de las defunciones a las que realizó autopsias verbales.
 - Es competencia del Comité Estatal validar el 70% de las autopsias verbales y sus respectivas dictaminaciones realizadas en el COJURMI. Estas autopsias serán elegidas aleatoriamente; deberá incluirse al menos, una autopsia realizada por cada una de las diferentes Instituciones, en caso de que proceda. El resultado de



este control de calidad será registrado en la sección I del formato de minuta Estatal. (consulte el instructivo del formato de minuta).

- Cuando la Jurisdicción Sanitaria no cuente con COJURMI, el Comité Estatal dictaminará el 100% de las autopsias verbales realizadas.

5. Para el uso de la AV en el proceso de ratificación o rectificación de la causa de defunción, se tomará el siguiente criterio:

- Cuando el Programa de Salud de la Infancia no realice la Autopsia Verbal al 100% de las defunciones por EDA o IRA, tomará conocimiento del dictamen de la defunción emitido por el área de vigilancia epidemiológica de su entidad federativa. El resultado de esta dictaminación será el que se registre como causa básica final durante los procesos de validación o confronta, a menos que el Programa de Infancia tenga la evidencia técnica del análisis de la defunción para demostrar un dictamen contrario al establecido por Epidemiología.

REDVE

La plataforma REDVE (Registro Electrónico de las Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica) es un instrumento de apoyo a cargo de la Dirección General de Epidemiología, en la cual se vigilan 525 causas de defunción sujetas a vigilancia epidemiológica por sitio de Ocurrencia. Se realiza con este criterio epidemiológico por practicidad operativa, ya que se tiene mayor factibilidad de realizar la investigación en el sitio donde se certificó la defunción, pues se cuenta con el historial clínico y otros elementos que facilitan definir la causa básica de estas defunciones. Para la Epidemiología es más práctico y asequible hacer la investigación por sitio de ocurrencia de todas sus causas sujetas a Vigilancia epidemiológica.

Esta plataforma virtual permite reportar la información de las ratificaciones y rectificaciones de defunciones. Para el Programa de Infancia es importante participar periódicamente en el proceso de validación y confronta con el área de Epidemiología estatal de tal forma que se detecte y valide el 100% de las defunciones por causa básica de EDA e IRA ocurridas en la entidad y contribuir con el área de epidemiología al mejoramiento de los datos estadísticos respecto al número de defunciones por estas causas.



Indicadores de Evaluación

Indicador 1.- Desempeño de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI).

Definición del indicador: Porcentaje de sesiones del COERMI realizadas.

Descripción general:

Actividad: Seguimiento de sesiones de COERMI estatal y/o jurisdiccional realizadas en el periodo con respecto a las programadas.

Numerador: Número total de sesiones realizadas en el periodo.

Denominador: Número total de sesiones programadas en el periodo.

Formula:

$(\text{Número de sesiones de COERMI estatal y/o Jurisdiccional realizada en el periodo} / \text{Número de sesiones programadas en el periodo}) \times 100$

Meta: 90% o más de las sesiones programadas en el periodo.

Periodicidad del indicador: Semestral.

Fuente:

Numerador: Reporte de minutas con lista de asistencia de la sesión del COERMI.

Denominador: Calendario estatal de sesiones programadas

Observaciones:

- Es una estrategia del Programa de Infancia.
 - Oportunidad de la información: el Estado para enviar la minuta y lista de asistencia en el rango de los 10 días hábiles al término de la sesión.
- Calidad de la Información: registro completo de acuerdo a los datos solicitados en el formato de minuta.
 - o Uso del formato específico y vigente del Comité.
 - o Lista de asistencia con: nombre del estado, número y nombre de la jurisdicción sanitaria (cuando la sesión se realice en este nivel) lugar y fecha de sesión, nombre completo del asistente, institución de procedencia, cargo y firma.
 - o Leyenda de protección de datos: El formato de minuta y la lista de asistencia deberá contar con aviso de confidencialidad de acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado.



- Notificación completa de la información: la minuta en archivo Word debe acompañarse con lista de asistencia escaneada, integrada en la misma carpeta electrónica.

El cumplimiento se califica de acuerdo al siguiente rango: Sobresaliente: 90% o más. Satisfactorio: 80 a 89%. Mínimo: 70 a 79%. Precario: 0 a 69%.

>90%	Sobresaliente
80- 89 %	Satisfactorio
70 a 79%	Mínimo
≤ 69 %	Precario

Indicador 2.- Porcentaje de Autopsias Verbales dictaminadas por Enfermedad Diarreica Aguda

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: Porcentaje.

Formula:
$$\frac{\text{Número de Autopsias Verbales por EDA Dictaminadas en el periodo}}{\text{Número de Autopsias Verbales por EDA realizadas en el periodo}} \times 100$$

Meta: 95% o más de las autopsias verbales por EDA dictaminadas.

Periodicidad: Mensual.

Fuente: Numerador: Hoja EDA3, Denominador: Hoja EDA3 del formato: "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA".

Observaciones:

Corresponde al PASIA Estatal la elaboración del "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA" así como su envío a CeNSIA, previa validación con el área de epidemiología Estatal sobre el número de defunciones y AV dictaminadas.

Oportunidad de la notificación, se evaluará considerando los siguientes criterios:

Satisfactorio: Última semana de cada mes con información del mes inmediato anterior. (Tabla 4.1)



No satisfactorio: cuando envía la información antes de la última semana del mes o cuando transcurren 16 días o más del rango e" Satisfactorio".

Indicador 3.- Porcentaje de Autopsias Verbales dictaminadas por Infección Respiratoria Aguda.

Descripción del Indicador:

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.

Formula:
$$\frac{\text{(Número de Autopsias Verbales por IRA dictaminadas en el periodo)} \times 100}{\text{(Número de Autopsias Verbales por IRA realizadas en el periodo)}}$$

Meta: 95% o más de las autopsias verbales por IRA dictaminadas.

Periodicidad: Mensual.

Fuente: Numerador: Hoja IRA3, Denominador: Hoja IRA3 del formato: "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA".

Observaciones:

Corresponde al PASIA Estatal la elaboración del "Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA" así como su envío a CeNSIA, previa validación con el área de epidemiología Estatal sobre el número de defunciones y AV dictaminadas.

Oportunidad de la notificación, se evaluará considerando los siguientes criterios:

Satisfactorio: Última semana de cada mes con información del mes inmediato anterior. (Tabla 5)

No satisfactorio: cuando envía la información antes de la última semana del mes o cuando transcurren 16 días o más del rango "Satisfactorio".

Notificación de la información:

Para garantizar la evaluación de las actividades realizadas durante el periodo, se debe enviar la información a CeNSIA de acuerdo a los plazos descritos en la tabla 4 y 5.

Tabla 4
Notificación de la información

DOCUMENTO	PERIODICIDAD	ENVIAR A LA SIGUIENTE UNIDAD ADMINISTRATIVA
Calendario anual de sesiones del Comité Estatal / Comité Jurisdiccional. Se realiza en formato libre por la entidad federativa.	Primer mes del año estadístico.	CeNSIA mortalidadcensia19@gmail.com coermi.censia@gmail.com
Acta de instalación vigente. Se toma como referencia el modelo de Acta incluido en el presente Lineamiento.	Bianual. O antes si cambia el 80% de los integrantes del comité.	CeNSIA mortalidadcensia19@gmail.com coermi.censia@gmail.com
Minuta de acuerdos y compromisos, en formato Word y lista de asistentes escaneada	El PASIA jurisdiccional debe enviar la información al PASIA estatal dentro de los primeros 5 días hábiles posterior a la fecha de sesión. El PASIA estatal debe notificar a CeNSIA, dentro de los primeros 10 días hábiles posterior a la fecha de sesión.	CeNSIA mortalidadcensia19@gmail.com coermi.censia@gmail.com
"Concentrado mensual de defunciones y autopsias verbales por EDA e IRA". El concentrado mensual consta de 6 hojas denominadas: EDA1, EDA2, EDA3. IRA1, IRA2, IRA3.	El PASIA Estatal notifica a CeNSIA la última semana de cada mes con la información del mes inmediato anterior. Ver tabla 4.	CeNSIA mortalidadcensia19@gmail.com coermi.censia@gmail.com
"Concentrado Semestral para el reporte de indicadores del COERMI"	Primer semestre 2020 se notifica el 14 de agosto de 2020 Segundo semestre 2020, se notifica el 12 de febrero de 2021.	CeNSIA mortalidadcensia19@gmail.com coermi.censia@gmail.com



Tabla 5. Calendario para enviar reporte mensual de defunciones y AV

Mes que reporta 2020	Fecha de envío a CeNSIA
Enero	Última semana de febrero 2020
Febrero	Última semana de marzo 2020
Marzo	Última semana de abril 2020
Abril	Última semana de mayo 2020
Mayo	Última semana de junio 2020
Junio	Última semana de julio 2020
Julio	Última semana de agosto 2020
Agosto	Última semana de septiembre 2020
Septiembre	Última semana de octubre 2020
Octubre	Última semana de noviembre 2020
Noviembre	18 de diciembre 2020.
Diciembre	Última semana de enero de 2021
Cierre 2020	Ultimo día del mes de febrero 2021



Formato: **Concentrado Semestral para el reporte de indicadores del COERMI**



"Concentrado Semestral para el reporte de indicadores del COERMI"
2020



Entidad Federativa:	Fuente	Meta del programa	Meta Anual Estatal		Prim er Sem estre Enero a junio 2020 Fecha l í m i t e : 14 de agosto 2020		Segundo sem estre Julio a diciembre 2020 Fecha l í m i t e : 12 de febrero 2021		Cum pl im iento Anual Estatal		Observaciones
		%	Num ero absoluto	%	No. Absoluto	%	No. Absoluto	%	No. Absoluto	%	
INDICADOR 1. Porcentaje de sesiones de COERMI realizadas.	Num erador: Reporte de m iotas con lista de asistencia de la sesión del COERMI	>90%		>90%							
	Denom inador: Calendario estatal de sesiones program adas										
INDICADOR 2. Porcentaje de autopsias verbales dictam inadas por edades d iágnosis agudas	Num erador: núm ero de AV por EDA dictam inadas en el periodo, Fom ato EDA 3	≥95%		>95%							
	Denom inador: núm ero de AV por EDA realizadas en el periodo, Fom ato EDA 3										
INDICADOR 3. Porcentaje de autopsias verbales dictam inadas por infecciones respiratorias agudas.	Num erador: núm ero de AV por RA dictam inadas en el periodo, Fom ato RA 3	≥95%		>95%							
	Denom inador: núm ero de AV por RA realizadas en el periodo, Fom ato RA 3										

Coord inador Estatal del PASA

Responsable Estatal del COERMI

Instrucciones

Meta Anual Estatal.- Registre el núm ero absoluto de sesión estatales program adas en el año. Si la entidad aún no cuenta con el com ité Estatal, registre el total de sesiones jurisdiccionales program adas en el año. Con este dato se evaluará el cum pl im iento del Com ité respecto a las sesiones de análisis de las defunciones en la infancia.
La meta anual estatal del indicador 2 y 3, correspondiente a autopsias verbales se deja sin dato a la columna de núm ero absoluto.

Columna de Prim er sem estre.- Indicador 1.- Registre el núm ero absoluto de sesiones program adas y realizadas de enero a junio del 2020. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador y registre.
Indicador 2 y 3: Registre el núm ero absoluto de autopsias verbales dictam inadas y realizadas de enero a junio del 2020. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador correspondiente y registre.

Columna de segundo sem estre.- Indicador 1.- Registre el núm ero absoluto de sesiones program adas y realizadas de julio a diciembre del 2020. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador y registre.
Indicador 2 y 3: Registre el núm ero absoluto de autopsias verbales dictam inadas y realizadas de julio a diciembre del 2020. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador correspondiente y registre.

Columna de Cum pl im iento anual estatal. dor 1.- Sum e las sesiones program adas y realizadas de enero a diciembre, registre en la casilla correspondiente a núm ero absoluto. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador y registre.
Indicador 2 y 3: Registre el núm ero absoluto de autopsias verbales dictam inadas y realizadas de enero a diciembre del 2020. Obtenga el porcentaje de acuerdo a la fórmula del indicador correspondiente y registre.



Abreviaturas y Acrónimos

AVOCP	Autopsia Verbal por Otras Causas Prevalentes de la Infancia.
AV	Autopsia verbal.
CEC.	Centros Estatales de Capacitación.
CeNSIA.	Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia.
COERMI.	Comité Estatal de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.
COJURMI.	Comité Jurisdiccional de Estrategias para la Reducción 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.
ODS.	Objetivos de desarrollo sostenible
PASIA.	Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
PAT	Programa Anual de Trabajo.
REDVE	Registro Electrónico de las Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica

Glosario

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.

Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Para el programa de Atención a la Salud de la infancia significa el conjunto de enfermedades de mayor frecuencia que aquejan a la población mexicana menor de diez años de edad, en las cuales se identifican las asociadas a: afección perinatal, malformaciones congénitas, tumores malignos, lesiones no intencionales e intencionales, desnutrición, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

Índice de desarrollo humano (IDH). - es un indicador que elabora el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mediante el IDH se busca estimar cuantitativamente la calidad de vida de un país. Esto se efectúa a través de un cálculo combinado que toma en cuenta el promedio de la expectativa de vida y libre de enfermedad, la capacidad de adquirir conocimientos (promedio de escolaridad en adultos > 25 años) y el nivel del PIB per cápita (el cual debe proporcionar un nivel de vida digno); en resumen, el IDH evalúa salud, educación y riqueza.

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.



Municipios de riesgo. -El Programa de Infancia, considera municipio de riesgo cuando la tasa de mortalidad infantil y de 1 a 4 años de edad, se ubica por arriba de la media estatal de mortalidad en los últimos cinco años.

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.



Anexos



MINUTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS
 Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.
 COERMI

Emblema Estatal

1) Entidad Federativa:		2) Comité Estatal:		3) Comité Jurisdiccional: (Señale nombre y número de la jurisdicción sanitaria)	
4) Fecha de sesión:		5) Lugar de la sesión:		6) Número de asistentes: (Anexar lista de asistentes)	
				7) N° de Autopsias dictaminadas:	

I. - DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Utilice una celda por defunción. Inserte los renglones necesarios)

8) DATOS DE LA DEFUNCIÓN		9) CAUSA DE HUERTE SEGÚN DICTAMEN DE LA AUTOPSIA VERBAL	10) FALLA DETECTADA Registre la clave de acuerdo a lo descrito en el recuadro "Código de Falla Detectada"	11) ACUERDOS Y COMPROMISOS PARA CORREGIR LA FALLA DETECTADA	12) RESPONSABLE Y PLAZO Nombre completo y cargo. Registre el día, mes y año para su cumplimiento
8.1) FOLIO DEL CERTIFICADO. NOMBRE, EDAD, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA DE DEFUNCIÓN. AFILIACIÓN.	8.2) CAUSA DE HUERTE SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Anote la causa de defunción y la Clave CIE-10				

II. - ASUNTOS GENERALES (Utilice una celda por asunto. Inserte los renglones necesarios.)

13) ASUNTO TRATADO	14) ACUERDOS Y COMPROMISOS DEL ASUNTO TRATADO	15) RESPONSABLE Y PLAZO Anote nombre completo y cargo del responsable. Registre el día, mes y año para su cumplimiento



MINUTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS
 Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.
 COERMI

Emblema
 Estatal

III.- SEGUIMIENTO DE ACUERDOS (Utilice un renglón por acuerdo. Inserte los renglones necesarios.)

16).-ACUERDO	17).-STATUS DEL ACUERDO

"CODIGO DE FALLA DETECTADA"

A.- ATRIBUIBLES A LA ATENCIÓN MÉDICA: 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: por ejemplo, fue atendido por personal no médico, lo atendió la abuelita, etc.).

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.- Inaccesibilidad geográfica de la unidad de salud, B5.- La unidad se ubica a más de 30 minutos de la comunidad, B6.- OTRO (Especifique,).

C.-ATRIBUIBLE A LA ATENCIÓN EN EL HOGAR: 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 recursos económicos para llegar a la unidad, C8.- OTRO (Especifique).

D.- ATRIBUIBLE A OTRO TIPO DE ATENCIÓN. D1.- Falla derivada de los cuidados brindados en el servicio de Guardería. D2.- Otro

18) Elaboró (nombre completo y cargo)

19).-Insertar aviso Estatal de confidencialidad



INSTRUCTIVO

MINUTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS

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

Instrucciones generales.

1. El presente formato se usará para reportar las actividades del Comité de estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, tanto del Comité Estatal como del Jurisdiccional.
2. Registrar electrónicamente los resultados de la sesión, de acuerdo a los datos solicitados en cada columna.
3. El nivel estatal, enviara el formato de minuta debidamente requisitado al buzón: mortalidadcensia19@gmail.com y coermi.censia@gmail.com dentro de los primeros diez días hábiles posterior a la sesión del Comité.
4. Para que este formato tenga validez no deberá ser modificado.
5. La minuta deberá contar con su lista de asistencia firmada por cada uno de los asistentes y enviarse al nivel inmediato superior en los plazos establecidos.

Instrucciones específicas:

- 1) Entidad federativa: Registre el nombre de la entidad federativa.
- 2) Comité Estatal: Registre una X cuando la sesión se realice por el Comité Estatal.
- 3) Comité Jurisdiccional: Cuando la sesión se realice en el comité jurisdiccional, registre el nombre y número de la Jurisdicción Sanitaria.
- 4) Fecha: Registre día, mes y año de la sesión realizada.
- 5) Lugar de la sesión: Lugar donde se realizó la reunión del Comité. Por ejemplo: auditorio de la Jurisdicción sanitaria. Sala de juntas del Hospital General, etc.
- 6) Número de asistentes: Anotar el número de personas que participaron en la reunión del comité.
- 7) Número de autopsias verbales dictaminadas: Registre con número arábigo la cantidad de autopsias verbales dictaminadas y la causa de defunción. Ejemplo: 2 de IRA, 1 de Cáncer, 1 de Accidentes en el Hogar.
- 8) Datos de la defunción: En la columna 8.1 registre el folio del certificado de defunción, nombre completo 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 afiliación. En la columna 8.2, debe registrar el nombre padecimiento que originó la muerte y la clave CIE-10 de acuerdo al certificado de defunción.

- 9) Causa de muerte según dictamen de la autopsia verbal: De acuerdo al análisis de la información analizada a través de la autopsia verbal; se debe registrar el nombre del padecimiento que originó la defunción y si este fue ratificado o rectificado Ejemplo: "Se ratifica como IRA". "Se ratifica Neumonía". "Se solicita rectificación por diagnóstico de cardiopatía congénita" "Rectificación por diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico". "Se ratifica Insuficiencia cardiaca", etc.
- 10) Falla detectada: Se registran los datos en esta columna, Una vez analizada la información de la defunción y requisitado el formato "Dictamen". Se tomará como referencia los códigos descritos en el formato de minuta, se debe registrar el código y la descripción del mismo. Ejemplo: A1.- No indicó cuando regresar a la Unidad. A2.- No capacitó sobre signos de alarma, etc.
- 11) Acuerdos y compromisos para corregir la falla detectada: Los acuerdos deben tener relación directa o indirecta a la falla detectada.

Ejemplo:

10) FALLA DETECTADA	11) ACUERDOS Y COMPROMISOS PARA CORREGIR LA FALLA DETECTADA.
A4.- No refirió oportunamente al paciente para su atención en el hospital. A5.- No identificó factores de mal pronóstico. C3.- No solicito oportunamente la atención médica por no identificar los signos de alarma. C4.- Utilizo medicamentos sin prescripción médica.	Reforzar la capacitación al personal de salud en atención integrada a la paciente menor de 5 años, con infección respiratoria aguda. Fortalecer las acciones de educación y promoción para la salud en el manejo de las IRAs en Hogar y signos de alarma.

- 12) Responsable y Plazo: Registre el nombre completo y cargo del responsable de llevar a cabo la actividad para corregir la falla detectada. Registrar el día, mes y año para cumplir el acuerdo.
- 13) Asunto tratado: Esta columna corresponde a la sección de "Asuntos Generales" y se utiliza cuando además de las dictaminaciones se tratan otros asuntos del Programa de Atención a la Salud de la Infancia. Se debe registrar un asunto por celda, anotando de manera puntual el asunto. Ejemplo:

13.- ASUNTO TRATADO
1.- Registro de datos en el Certificado de defunción.
2.- Promoción de la salud para reducción de la mortalidad en la infancia.



- 14) Acuerdos y compromisos del asunto tratado: Los acuerdos deberán tener relación directa o indirecta para fortalecer el Programa de atención a la Salud de la Infancia. Ejemplo:

14.- ACUERDOS Y COMPROMISOS DEL ASUNTO TRATADO
-Recomendar a los médicos que, en caso de muerte por accidente o muerte violenta, el certificado de defunción únicamente deberá ser llenado cuando se tenga la certeza de las causas de defunción. -Los certificados de defunción no deben ser cancelados si no existe una justificación que lo sustente. -Reforzar la capacitación del personal de salud en el correcto llenado del certificado de defunción.
Las acciones de promoción de la salud se realizarán tomando como base los casos que se presenten en el COERMI. Sensibilizar a la población a través de las redes sociales y medios masivos de comunicación en la prevención de EDAS e IRA.

- 15) Responsable y plazo: Registre el nombre completo y cargo del responsable de llevar a cabo la actividad para corregir la falla detectada. Registrar el día, mes y año para cumplir el acuerdo.
- 16) Acuerdo. - En esta sección podrá llevar el seguimiento de los acuerdos previos generados en la columna 11 y en la columna 14. Anote el acuerdo al que se está dando el seguimiento.
- 17) Status del acuerdo. - Esta columna permite vigilar el cumplimiento del acuerdo al que se le da seguimiento. Registre: "cumplido" cuando al 100% se haya realizado o en "Proceso" cuando aún no se lleve a cabo en su totalidad, debiendo especificar el avance que se lleva.
- 18) Elaboró. - Registre el nombre completo, cargo y firma de quien realice el llenado de la minuta.
- 19) En este apartado, se debe incorporar la leyenda de Protección de Datos Personales de acuerdo al fundamento Constitucional y la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado. La leyenda se debe revisar con el área Jurídica del Estado.
Ejemplo:

LEYENDA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
La Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, así como todas aquellas personas que participen en actividades relacionadas con el Comité Estatal de Mortalidad Infantil (COEMI) se obligan a guardar la confidencialidad de los datos personales obtenidos y contenidos en la presente Acta y demás documentos que se deriven de las sesiones del Comité, por lo que está prohibida su divulgación por cualquier medio----- -----Lo anterior con fundamento en lo establecido en los Artículos 6 Base A y 16, Segundo Párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados: 4 BIS Fracción II de la Constitución Política para el Estado de



Ejemplo correcto registro de datos en el formato de minuta (retomado con autorización del Estado para fines ilustrativos).

Sección I

1) Entidad Federativa: Zacatecas		2) Comité Estatal: X	3) Comité Jurisdiccional: (Señale nombre y número de la jurisdicción sanitaria)	
4) Fecha de sesión: 17 de abril de 2019	5) Lugar de la sesión: Edificio G Ciudad Gobierno.	6) Número de asistentes: 22 (Anexar lista de asistentes)	7) N° de Autopsias dictaminadas: 5 Neumonías. 1 Meningitis.	

I.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Utilice una celda por defunción. Inserte los renglones necesarios)

8) DATOS DE LA DEFUNCIÓN		9) CAUSA DE MUERTE SEGÚN DICTAMEN DE LA AUTOPSIA VERBAL	10) FALLA DETECTADA	11) ACUERDOS Y COMPROMISOS PARA CORREGIR LA FALLA DETECTADA	12) RESPONSABLE Y PLAZO
8.1) FOLIO DEL CERTIFICADO. NOMBRE, EDAD, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA DE DEFUNCIÓN. AFILIACIÓN	8.2+) CAUSA DE MUERTE SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Anote la causa de defunción y la Clave CIE-10		Registre la clave de acuerdo a lo descrito en el recuadro "Código de Falla Detectada"		Nombre completo y cargo. Registre el día, mes y año para su cumplimiento
Folio: 180846369 Nombre: Sandra Daniela Avendaño Valdez. Edad: 1 año. Sexo: F. F.N. 14/12/2017 F.D. 15/02/2019 AFILIACIÓN: Ninguna.	Parte I) a) Neumonía Lobar Bilateral (J181) Parte II a) Adenitis Mesentérica (I880)	Se ratifica el diagnóstico Parte I) a) Neumonía Lobar Bilateral (J181) Parte II) a) Adenitis Mesentérica (I880)	Falla atribuible a la atención en el hogar C3 -No solicitó atención médica por no identificar los signos de alarma. C4 -Utilizó medicamentos sin prescripción médica. Falla atribuible a otro tipo de atención D.1 -Falla derivada de los cuidados brindados al menor en el servicio de Guardería.	1.- Coordinación con el responsable de Promoción a la Salud para que refuerce la distribución de material promocional para identificar signos de alarma de IRAs y EDAs en guarderías. 2.- Coordinación con las Jurisdicciones para que realicen pláticas preventivas sobre signos de alarma para IRAs y EDAs en guarderías de sus jurisdicciones. 3.- Coordinación con el Departamento de Riesgos Sanitarios para supervisar la normatividad aplicable a Guarderías o Estancias Infantiles Vigentes para la atención a la salud y servicios de seguridad frente a riesgos o factores de riesgo de acuerdo a modelo para el adecuado cuidado de los niños cuando están dentro de las instituciones.	1.- Dra. Fuentesanta Casanova Luna.- Subdirectora de Promoción e Investigación de la Salud (20 días). 2.- Dr. Jorge Luis Saucedo Hernández. Responsable de PASTIA plazo 20 días y Coordinadores Médicos Especializados. Jurisdicciones V, I, II, II, IV, V, VI. 3.- Dr. Manuel Escobar Badillo. Director de Protección contra Riesgos Sanitarios. (Plazo 20 días)



Ejemplo correcto registro de datos en el formato de minuta (retomado con autorización del Estado para fines ilustrativos).

Sección II

II.- ASUNTOS GENERALES (Utilice una celda por asunto. Inserte los renglones necesarios.)

13) ASUNTO TRATADO	14) ACUERDOS Y COMPROMISOS DEL ASUNTO TRATADO	15) RESPONSABLE Y PLAZO Anote nombre completo y cargo del responsable. Registre el día, mes y año para su cumplimiento
1.- Se detectó que la mayoría de defunciones presentadas en el Comité no cuenta con esquema de vacunación completo sobre todo en casos de menores con alguna comorbilidad	1.- Se envía recomendación al Programa de Vacunación Estatal para que revise regionalización de su población y se coordine con el resto de instituciones para ubicar a la población vulnerable y completar esquema.	1.- Dr. Néstor Alfredo Pacheco Arroyo. - Dirección de Salud Pública.

Ejemplo correcto registro de datos en el formato de minuta

Sección III

III.- SEGUIMIENTO DE ACUERDOS (Utilice un renglón por acuerdo. Inserte los renglones necesarios.)

16).-ACUERDO	17).-STATUS DEL ACUERDO
1.- Buscar un sistema de Contrarreferencia efectivo para evitar retrasos en los traslados. 2.- Realizar un Algoritmo de atención oportuna para la atención de pacientes con cáncer. 3.- Continuar promoción en redes sociales para concientizar a la población con referencia a los factores de riesgo prenatales, asesoría genética. Así como para la identificación de los datos de alarma para IRAS y EDAD, Cáncer y Prevención de accidentes además de la realización de videos promocionales.	1.- En proceso (compromisos desde diciembre 2018). 2.- En proceso (compromiso desde noviembre 2018) 3.- Activo posterior a cada Comité (compromiso permanente).

Dra. Nathalia Fernández Carlos

Responsable Estatal de IRAS, EDAs y Mortalidad Infantil.

18) **Elaboró** (nombre completo y cargo)

"CODIGO-DE-FALLA-DETECTADA"
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: por ejemplo, fue atendido por personal no médico; lo atendió la abuelita, etc.) [†]
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- Inaccesibilidad geográfica de la unidad de salud; B5- La unidad se ubica a más de 30 minutos de la comunidad; B6- OTRO (Especifique); [†]
C.-ATRIBUIBLES A LA ATENCIÓN EN EL HOGAR: 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- Desconoció la ubicación de la unidad de salud; C7- No contaba con recurso económico para llegar a la unidad; C8- OTRO (Especifique); [†]
D.-ATRIBUIBLES A OTRO TIPO DE ATENCIÓN: D1- Falla derivada de los cuidados brindados en el servicio de Guardería; D2- Otro; [†]

**Aviso de privacidad: "Los Servicios de Salud de Zacatecas en cumplimiento a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Zacatecas, con domicilio legal el ubicado en Circuito Cerro del Gato, Edificio "G", Colonia Ciudad Gobierno Zacatecas, Zacatecas, en su calidad de sujeto obligado informa que es el responsable del tratamiento de los datos personales que sean proporcionados en el presente listado, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales que recabemos de usted, los utilizaremos con el fin de documentar y validar la asistencia del evento. Durante el evento podrán tomarse fotografías de los participantes e instructores con la única finalidad de evidenciar las actividades realizadas y la impartición de (la plática, curso, taller, etc.) así mismo la Dirección de Salud Pública de los Servicios de Salud de Zacatecas, es el responsable del resguardo de la información que se recaba. Usted podría ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (A.R.C.O.), de sus Datos Personales, mediante la presentación de la solicitud respectiva ante la Unidad de Transparencia de los Servicios de Salud de Zacatecas. Para mayor detalle consulte nuestra leyenda de privacidad Integral a través del vínculo electrónico: www.saludzac.gob.mx.*



**ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
AUTOPSIA VERBAL
CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR**

FOLIO INTERNO N°

I.- IDENTIFICACIÓN	
ESTADO : 	
JURISDICCIÓN <small>NOMBRE Y NÚMERO</small>	DELEGACIÓN ZONA
FECHA DE LA APLICACIÓN : 	REALIZADA POR
II.- DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIARLOS)	
FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO : 	
DOMICILIO : <small>CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO</small>	
1.- LOCALIDAD: 	2.- MUNICIPIO:
3.- EDAD <small>Años meses días</small>	3.1.- FECHA DE NACIMIENTO <small>año mes día</small>
4.- AFILIACIÓN: <small>(IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA)</small>	4.1.- SITIO OCURRENCIA DEFUNCIÓN <small>(Hogar, vía publica, Otro lugar, Se ignora)</small>
5.- SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO	
6.- FECHA DE LA DEFUNCIÓN <small>año mes día hora 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 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.

14.- SI LA MADRE NO ESTUVO PRESENTE EN LA ENTREVISTA, INVESTIGAR:

14.1 EDAD DE LA MADRE _____

14.2 ¿ SABE LEER Y ESCRIBIR ? SI NO

V.- INFORMACIÓN ACERCA DEL MENOR

MENCIONE EL NOMBRE DEL(A) NIÑO(A),E INVESTIGUE:

15.- ¿ CUÁNTO PESÓ AL NACER? _____ NO SABE
KILOGRAMOS

16.- ¿ CUÁNTO MIDÍÓ AL NACER? _____ NO SABE
CENTIMETROS

17.- ¿ CUÁNTO PESABA AL MOMENTO DE ENFERMAR? _____ NO SABE
KILOGRAMOS

18.- ¿ CUÁNTO MEDIA AL MOMENTO DE ENFERMAR? _____ NO SABE
CENTIMETROS

19.- ¿ FUE ALIMENTADO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?
SI ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO? _____
NO NO SABE

20.- ESQUEMA DE VACUNACIÓN. (PRESENTO CARTILLA NACIONAL? SI _____ NO _____)

VACUNA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
20.1 BCG								
20.2 HEPATITIS B								
20.3 PENTAVALENTE ACELULAR								
20.4 DPT								
20.5 ROTAVIRUS								
20.6 NEUMOCÓCCICA CONJUGADA								
20.7 INFLUENZA								
20.8 SRP								
20.9 SR								
20.10. SABIN								
20.11. OTRAS								

21.- RECIBIO VITAMINA "A" EN ALGUN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

SI FECHAS DE MINISTRACIÓN: _____

NO _____



	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
28.- ¿ LE SUSPENDIÓ TODOS LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.- ¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL ? <small>(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 35)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30.- ¿ CON CUÁNTA AGUA LO PREPARÓ? <small>(SEÑALE LA OPCIÓN DESPUÉS DE HABER VERIFICADO LA CANTIDAD DE AGUA)</small> MENOS DE UN LITRO _____ UN LITRO _____ MAS DE UN LITRO _____				
31.- ¿ VACIÓ TODO EL CONTENIDO DEL SOBRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32.- ¿ LE AGREGÓ ALGO A LA SOLUCION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33.- ¿ CUÁNTO LE DIO ? _____				
34.- ¿ CADA CUÁNDO LE DIO VIDA SUERO ORAL ? DESPUÉS DE CADA EVACUACION O FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> SÓLO UNA VEZ <input type="checkbox"/> OTRA _____				
35.- ¿ LE DIO OTRO TIPO DE SUERO ? ¿ CUÁL ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
36.- ¿ LE DIO TÉ U OTRO LIQUIDO EN MAYOR CANTIDAD DE LO HABITUAL? ¿ CUÁL ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
37.- ¿ LE DIO ALGUNA MEDICINA ? DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

VIII.- PRIMERA ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR

38.- ¿ LO LLEVO CON ALGUIEN A CONSULTA ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
39.- ¿ POR QUÉ ? _____ <small>(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 94)</small>		
40.- ¿ RECIBIÓ ATENCIÓN ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN?	_____	
40.1.- ¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO ? _____	NO SABE _____	
40.2.- ¿QUÉ LE RECETARON' _____	NO SABE _____	
41.- ¿ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DE QUE EMPEZÓ A ESTAR ENFERMO ?	_____	_____
	<small>días</small>	<small>horas min.</small>
42.- ¿ A CUÁNTAS CONSULTAS LO LLEVÓ ? _____	<small>(NUMERO DE CONSULTAS)</small>	
43.- ¿ CON QUIÉN LO LLEVÓ A CONSULTA ? <small>(ANOTE EN ORDEN CRONOLÓGICO)</small>		
<small>No.</small>	<small>TIPO DE PERSONAL</small>	<small>NOMBRE</small>
<small>CONSULTA.</small>		<small>DOMICILIO</small>
_____	_____	_____
_____	_____	_____



LA PERSONA QUE LE DIO LA PRIMERA CONSULTA LE INDICÓ :	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
44- ¿ SUSPENDER EL PECHO POR MAS DE 4 HORAS ?	_____	_____	_____	_____
45- ¿ SUSPENDER LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS ?	_____	_____	_____	_____
46- ¿ VIDA SUERO ORAL ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 48)	_____	_____	_____	_____
47.- ¿ LE INDICÓ CÓMO LO PREPARARA Y SE LO DIERA ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 49)	_____	_____	_____	_____
48.- ¿ 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 DESPUES DE CADA EVACUACIÓN O FRECUENTEMENTE				_____
OTRA _____				
49.- ¿ LE INDICÓ OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿ CUÁL ? _____				
50- ¿ TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿CUÁL? _____				
51.- ¿ ALGUNA MEDICINA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DÍGAME EL O LOS NOMBRES _____				
52 ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 55)
53- ¿ CUÁLES ? _____				
54.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIEMPO	
			días	horas
55.- ¿ LE INDICÓ CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
56.- ¿ 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 Y ALIMENTOS				_____
VOMITOS FRECUENTES				_____
NUMEROSAS HECES LIQUIDAS				_____
OTRA (ESPECIFIQUE) _____				
57.- ¿ LO ENVIÓ AL HOSPITAL ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 61)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
58- DE ACUERDO A LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL ?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿ POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL ?				_____

(PASE A LA PREGUNTA 61)



59.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?
 SI NO ¿ POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?

60.- ¿ LO HOSPITALIZARON ?
 SI NO ¿ POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON ?

61.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA PRIMERA CONSULTA, USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
62.- ¿ SUSPENDIÓ EL PECHO POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.- ¿ SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
64.-¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿PORQUÉ NO? _____				
65.- ¿ LE DIO OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
66.- ¿ LE DIO TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
67.- ¿ LE DIO LA MEDICINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

68.- ¿ QUIÉN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ? LA MISMA PERSONA OTRA PERSONA

68.1.- ¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO? _____ NO SABE _____

68.2.- ¿ QUÉ LE RECETARON? _____ NO SABE _____

69.- LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA, LE INDICO:

	SI	NO	NO TOMABA	NO ESPECIFICADO
70.- ¿SUSPENDER EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS ?	_____	_____	_____	_____
71.- ¿SUSPENDER LOS ALIMENTOS POR MAS DE 4 HORAS ?	_____	_____	_____	_____
72.- ¿VIDA SUERO ORAL? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 75)	_____	_____	_____	_____
73.- ¿ LE INDICÓ CÓMO LO PREPARARA Y SE LO DIERA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 75)	_____	_____		

74.- ¿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							
75.- ¿ LE INDICÓ OTRO SUERO ? DÍGAME EL NOMBRE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
76.- ¿ TÉ U OTRO LÍQUIDO ? DÍGAME EL NOMBRE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
77.- ¿ ALGUNA MEDICINA ? DÍGAME EL NOMBRE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
78.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 80)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
79.- ¿ CUÁLES ? _____									
80.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">TIEMPO</th> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">días</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">horas</td> </tr> </table>	TIEMPO				días	horas
TIEMPO									
días	horas								
81.- ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 83)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
82.- ¿ 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 HECEAS LIQUIDAS _____									
OTRA (ESPECIFIQUE) _____									
83.- ¿ LE INDICARON LLEVARLO AL HOSPITAL ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
84.- DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL ? ¿ POR QUÉ NO LO LLEVO AL HOSPITAL ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____						
85.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ? ¿ POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____						
86.- ¿ LO HOSPITALIZARON ? ¿ POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____						
87.- DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA USTED:									
88.- ¿ SUSPENDIÓ EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						



	SI	NO
89.- ¿SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90.- ¿ LE DIO VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA? ¿POR QUE NO? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91.- ¿ LE DIO OTRO SUERO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92.- ¿ LE DIO EL TÉ U OTRO LÍQUIDO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93.- ¿ 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		
X. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN		
94.- ¿ 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		_____
XI. CAPACITACIÓN		
95.- ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EN EL HOGAR ?		
SI _____ NO _____ (FINALICE)		
96.- ¿ DÓNDE Y QUIÉN LE DIO LA CAPACITACIÓN ?		



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, el vaciado de los datos debe ser 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 interno N°. Se integra asignando el número consecutivo, más la nomenclatura EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) más el año estadístico separados por una diagonal. Ejemplo: 01/ EDA /2019. El número será asignado por el responsable del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia

I. IDENTIFICACIÓN.

Estado. Nombre de la entidad federativa que corresponde a la localidad donde ocurrió la defunción. Además, anote los dos dígitos en las casillas que le corresponde según listado INEGI en el estado.

Jurisdicción. Registre el 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 persona que realiza la entrevista.



II. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Folio del certificado de defunción: Anote el número de folio que aparece en el 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 Demarcación Territorial, para la Ciudad de México) 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 afiliado (derechohabiente) de una institución de seguridad social, pertenece a otra, a ninguna o se ignora.

4.1.- Anote el sitio donde ocurrió la defunción. - señale si fue en el "hogar", en la "vía pública" (traslado). Si fue en "otro lugar" pregunte en cual; o si no sabe señale "se ignora"

5. Señale la opción que corresponde según el sexo del fallecido.

6. Fecha y hora en que murió el menor.

7.- Anote las causas de muerte, tal como se registraron en el certificado de defunción.

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.

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.

14. Si la madre no fue la que respondió la entrevista, investigué y anoté en la casilla correspondiente la edad (14.1), si sabe leer y escribir (14.2).

V. INFORMACIÓN ACERCA DEL MENOR

15.- Investigue el peso de menor y anote en la casilla que corresponda.

16.- Investigue cuánto midió al nacer y anote en la casilla que corresponda.

17.- Investigue cuanto pesaba el menor al momento de enfermar y anote en la casilla que corresponda.

18.- Investigue cuanto media el menor al momento de enfermar y anote en la casilla que corresponda.

19.- Investigue si fue alimentado con lactancia materna exclusiva y por cuanto tiempo. Anote en la casilla que corresponda.


20.-Solicite la cartilla Nacional de Salud. Registre una X en la casilla "SI" "No" según corresponda e Investigue el esquema de vacunación del menor. Anote en el apartado correspondiente el esquema del menor.

21.- Verifique con la cartilla nacional de salud o comprobantes, si el menor recibió vitamina A en algún contacto con los servicios de salud.

VI. PADECIMIENTO.

22.- 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 (molestias, características de las evacuaciones, etc.) 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.

23.- La verificación de los signos en ésta pregunta, servirá para aclarar la fecha de inicio y días de duración.

24.- Anote cuántas evacuaciones diarreicas tuvo en las primeras 24 horas de iniciado el padecimiento y también en las últimas 24 horas antes del fallecimiento.

25. Aquí anote cuántos días, horas y minutos en total duró la enfermedad.

VII. ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.

26.- La pregunta se orienta a identificar si fue atendido primero en su casa. En caso negativo pase a la pregunta 38. En caso afirmativo continúe con la secuencia de preguntas.

27 y 28.- Estas preguntas son para identificar si el menor se quedó en ayuno por más de 4 horas.

29.- Si le dio vida suero oral continúe con las preguntas 30, 31, 32, 33 y 34. En caso contrario pase a la pregunta 35.

30. 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.

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

32.- Señale si además del Vida Suero Oral le agrego otro ingrediente.

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

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

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

36. 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.

37.- 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 38.

VIII. 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.

38 y 39. Estas preguntas van encaminadas a conocer si consultó con un profesional o personal no médico sobre la salud de su niño. Explique por qué; ya sea respuesta afirmativa o negativa. En caso de que no haya solicitado alguna consulta pase a la pregunta 94.

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

40.1.- Si recibió atención, pregunte cuál fue el diagnóstico o que le dijeron que tenía el menor. Si no sabe, anótelo en la línea correspondiente.

40.2.- Esta pregunta está orientada a investigar la prescripción de antibióticos u otros medicamentos. Si no sabe, anótelo en la línea correspondiente.

41.- Especifique cuántos días, horas y minutos después de que empezó a estar enfermo lo llevó a su primera atención fuera del hogar.

42.- Anote a cuántas consultas lo llevó.

43. Utilice como referencia el relato de la madre en la pregunta 22. 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.

44-45. Estas dos preguntas investigan si el personal en la primera atención recomendó ayuno.

46.- Si la respuesta es negativa continúe con la pregunta 48, si es afirmativa continúe a las siguientes preguntas.

47. Pregunte si le indicó como prepararlo y como debía dárselo. En caso negativo pase a la pregunta 49.

48.- 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.

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

50.- 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.

51. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.

52. 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 55.

53. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.

54. Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).

55.- Esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 57

56. Complementando la pregunta anterior verifique que datos le dijo que identificara en el menor para detectar gravead. Deje que la madre responda libremente y señale según corresponda.

57. Señale si le indicó que lo llevará al hospital. En caso negativo pase a la pregunta 61.

58. Identifique si lo llevo al hospital, en caso negativo que le diga la razón del por qué no lo llevó y pase a la pregunta 61.


59. Esta pregunta tiene la intención de conocer si no lo atendieron en el hospital, que diga los motivos.

60. Que le diga si no fue hospitalizado por qué razón.

61-67.- Estas preguntas verifican si siguió las indicaciones que le dieron en la primera consulta.

IX. CONSULTAS SUBSECUENTES.

68. Si recibió una segunda consulta, identifique si lo atendió la misma persona de la primera atención fuera del hogar.



68.1.- Si recibió una segunda consulta, pregunte cuál fue el diagnóstico o que le dijeron que tenía el menor. Si no sabe, anótelos en la línea correspondiente.

68.2.- Esta pregunta está orientada a investigar la prescripción de antibióticos u otros medicamentos. Si no sabe, anótelos en la línea correspondiente.

69-71.- Estas preguntas investigan de la persona con quien consulto la segunda vez si indicó recomendó ayuno al menor.

72. Si la respuesta es negativa continúe con la pregunta 75.

73. Pregunte si le indicó como preparar y darle el VSO. En caso negativo pase a la pregunta 75.

74. 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.

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

76. 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.

77. Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.

78. 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 80.

79. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.

80. Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).

81. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó cómo reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 83.

82. 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.

83. Investigue y anote si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo pase a la pregunta 87.



84. Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo que le diga la razón de por qué no lo llevo.

85. Esta pregunta tiene la intención de conocer los motivos por los cuales no lo atendieron en el hospital.

86. Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.

87-93.- 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 anote los aspectos relevantes en una hoja en blanco y anéxela al cuestionario de autopsia verbal.

X. LUGAR DE DEFUNCIÓN

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

XI. CAPACITACIÓN

95. 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.

96.- 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: _____	<input type="checkbox"/>
19.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
20.- LE INDICÓ AYUNO POR MÁS DE 4 HORAS	<input type="checkbox"/>
21.- NO LE INDICÓ VIDA SUERO ORAL ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/>
22.- NO LE INDICÓ OTROS LÍQUIDOS ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/>
23.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS	<input type="checkbox"/>
24.- NO LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR	<input type="checkbox"/>
25.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
26.- NO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
29.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
30.- LE INDICÓ AYUNO POR MÁS DE 4 HORAS	<input type="checkbox"/>
31.- NO LE INDICÓ VIDA SUERO ORAL ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/>
32.- NO LE INDICÓ OTROS LIQUIDOS ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/>
33.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS	<input type="checkbox"/>
34.- NO LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR	<input type="checkbox"/>
35.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
36.- NO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE	<input type="checkbox"/>
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 Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COJURMI), según sea el caso y con 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 apoyar 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 análisis 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 94.

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 27 y 28.

11. *No le dio Vida Suero Oral adecuadamente.* Se contesta con las respuestas de las preguntas 29, 30, 31, 32, 33, 34.

12.- *No le dio otros líquidos adecuadamente.* En las preguntas 35 y 36 están las respuestas en caso de que NO le haya ofrecido adecuadamente algún líquido casero recomendado.

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

13.1. *No reconoció los signos de alarma.* Esto se define analizando las respuestas de las preguntas 22, 23, 24, 38 y 39.

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 40 de la autopsia verbal.

14. *Efectuó autoprescripción incorrecta.* La respuesta se obtiene en la pregunta 37.

15. *No administró correctamente el tratamiento indicado.* Se define con las respuestas de las preguntas 39, 61 a 67, y 87 a 93.

16. *No llevó al paciente al hospital cuando se le indicó, por inaccesibilidad.* Se determina en base a la respuesta de la pregunta 58 y se refiere a las dificultades que tuvo la madre, para no solicitar atención oportuna, descritas en este instructivo en la pregunta.

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 26 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 43 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 VI, VII y VIII.

20. *Le indicó ayuno por más de 4 horas.* Se contesta en base a las respuestas de las preguntas 44 y 45.

21. *NO le indicó Vida Suero Oral adecuadamente.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 46 a 48.

22. *NO le indicó otros líquidos adecuadamente.* En base a las respuestas a las preguntas 49 y 50.

23. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a la respuesta de la pregunta 51 y 77.

24. *NO dio indicaciones de regresar.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 52,53, 54, 78, 79, 80.

25. *NO enseñó a reconocer los signos de alarma.* En base a las respuestas de las preguntas 55, 56, 81 y 82.

26. *NO envió al hospital oportunamente.* En base al análisis de las respuestas a las preguntas 57 y 58. y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 22.

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, 14, 15, 19, 20, 21 y el tratamiento propuesto según las respuestas a las preguntas 46 a 55, 72 a 81.

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 44, 45, 70 y 71.

31. *NO le indicó Vida Suero Oral adecuadamente.* En función de las respuestas en las preguntas 46 a 48 y 72 a 74.

32. *NO le indicó otros líquidos adecuadamente.* En base a las respuestas de las preguntas 49, 50,91 y 92.

33. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a las respuestas de las preguntas 51 y 77.

34. *NO dio indicaciones de regresar.* En base a las respuestas de las preguntas 52 a 54 de la 78 a 80.

35. *No enseñó a reconocer signos de alarma.* En base al análisis de las respuestas de las preguntas 55 y 56.

36. *NO envió al hospital oportunamente.* Se define conociendo los motivos expuestos en las respuestas de las preguntas 57 y 58; 83 y 84. y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 22.

37. *No dio atención médica institucional por qué.* 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 59 y 85. Además analizando el caso, del por qué no fue hospitalizado, en las preguntas 60 y 85.

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.



**INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
AUTOPSIA VERBAL
CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR**

FOLIO INTERNO N°

--	--	--

I.- IDENTIFICACIÓN						
ESTADO :	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
JURISDICCIÓN	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> DELEGACIÓN <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
NOMBRE Y NÚMERO						
ZONA	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
FECHA DE LA APLICACIÓN : _____						
REALIZADA POR : _____						
II.- DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIARLOS)						
FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____						
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO : _____						
DOMICILIO : _____						
CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO						
1.- LOCALIDAD :	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
2.- MUNICIPIO :	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
3.- EDAD	3.1.- FECHA DE NACIMIENTO					
años meses días	año mes día					
4.- AFILIACIÓN _____ (IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA)	4.1.- SITIO OCURRENCIA DEFUNCIÓN _____ (Hogar, vía pública, Otro lugar, Se ignora)					
5.- SEXO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> 1) MASCULINO 2) FEMENINO						
6.-FECHA DE LA DEFUNCIÓN:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>					
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 MENOR)? _____

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

14.- SI LA MADRE NO ESTUVO PRESENTE EN LA ENTREVISTA, INVESTIGAR:
 14.1 EDAD DE LA MADRE _____
 14.2 ¿SABE LEER Y ESCRIBIR ? SI NO

V.- INFORMACIÓN ACERCA DEL MENOR

MENCIONE EL NOMBRE DEL(A) NIÑO(A),E INVESTIGUE:

15.- ¿CUÁNTO PESÓ AL NACER? NO SABE
KILOGRAMOS

16.- ¿CUÁNTO MIDió AL NACER? NO SABE
CENTIMETROS

17.- ¿CUÁNTO PESABA AL MOMENTO DE ENFERMAR? NO SABE
KILOGRAMOS

18.- ¿CUÁNTO MEDIA AL MOMENTO DE ENFERMAR? NO SABE
CENTIMETROS

19.- ¿FUE ALIMENTADO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?
 SI ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO? _____
 NO NO SABE

20.- ESQUEMA DE VACUNACIÓN. (PRESENTO CARTILLA NACIONAL? SI _____ NO _____)

VACUNA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
20.1 BCG								
20.2 HEPATITIS B								
20.3 ACELULAR								
20.4 DPT								
20.5 ROTAVIRUS								
20.6 CONJUGADA								
20.7 INFLUENZA								
20.8 SRP								
20.9 SR								
20.10. SABIN								
20.11. OTRAS								

21.- RECIBIO VITAMINA "A" EN ALGUN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

SI FECHAS DE MINISTRACIÓN: _____
 NO _____



IX. CONSULTA (S) SUBSECUENTE (S) LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI RECIBIÓ OTRA CONSULTA									
49- ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ?	LA MISMA PERSONA	_____	OTRA _____						
49.1. ¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO ?	_____		NO SABE _____						
49.2. ¿QUÉ LE RECETARON'	_____		NO SABE _____						
50- LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA, LE INDICO :									
51.- 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 ?	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____						
_____	_____	_____	_____						
52.- ¿ ALGUNA MEDICINA ?	_____	_____	_____						
DÍGAME EL NOMBRE	_____								
53.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA	_____	_____	_____						
OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 56)									
54.- ¿ CUALES ?	_____								
55.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ?	_____	_____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="padding: 2px;">TIEMPO</th> </tr> <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>	TIEMPO				días	horas
TIEMPO									
días	horas								
56.- ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ?	_____	_____							
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 58)									
57.- ¿ 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)	_____								



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

49- ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ? LA MISMA PERSONA _____ OTRA _____

49.1. ¿CUÁL FUE EL DIAGNÓSTICO ? _____ NO SABE _____

49.2. ¿QUÉ LE RECETARON' _____ NO SABE _____

50- LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA, LE INDICO :

51.- 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 ?	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

52.- ¿ ALGUNA MEDICINA ?
DÍGAME EL NOMBRE _____

53.- ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRAS MOLESTIAS ? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 56) _____

54.- ¿ CUALES ? _____

55.- ¿ LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA ? _____

TIEMPO	
días	horas

56.- ¿ LE INDICÓ COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA ? _____
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREG. 58)

57.- ¿ 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) _____

58.- ¿ LO ENVIÓ AL HOSPITAL ? SI _____ NO _____

59.- DE ACUERDO CON LA INDICACIÓN ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL ?
¿ POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL ?
SI _____ NO _____

60.- ¿ LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?
¿ POR QUE NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ?
SI _____ NO _____



61.- ¿ LO HOSPITALIZARON ? SI _____ NO _____	¿ POR QUE NO LO HOSPITALIZARON ?
62.- 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 ?	_____
63.- ¿ LE DIO MEDICAMENTO ?	_____
NOTA: SI SE RECIBIERON MÁS CONSULTAS ANOTE LOS ASPECTOS RELEVANTES EN UNA HOJA EN BLANCO Y ANÉXELA	
X.- LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	
64.- ¿ DÓNDE MURIÓ EL NIÑO ?	
EN EL HOGAR	_____
EN EL CONSULTOR	_____
EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL	_____
EN EL TRASLADO	_____
NO SABE	_____
XI. CAPACITACIÓN	
65.- ¿ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO EN EL HOGAR , DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA ?	
	SI _____ NO _____
66.- ¿ DÓNDE Y QUIÉN LE DIO LA CAPACITACIÓN ?	



INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

AV

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, el vaciado de los datos debe ser 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 interno N°. Se integra asignando el número consecutivo, más la nomenclatura IRA (Infección Respiratoria Aguda) más el año estadístico, separados por una diagonal. Ejemplo: 01/ IRA /2019. El número será asignado por el responsable del Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia.

I.-IDENTIFICACIÓN.

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

Jurisdicción. Registre el 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.

Folio del Certificado de defunción: Anote los datos que contiene el 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 Demarcación Territorial, para la Ciudad de México) 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 afiliado (derechohabiente) de una institución de seguridad social, pertenece a otra, a ninguna o se ignora.

4.1.- Anote el sitio donde ocurrió la defunción. - señale si fue en el "hogar", en la "vía pública" (traslado). Si fue en "otro lugar" pregunte en cual; o si no sabe señale "se ignora"

5. Señale la opción que corresponde según el sexo del fallecido.

6. Fecha y hora en que murió el menor.



7.- Anote las causas de muerte tal como se registraron en el certificado de defunción.

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.

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.

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.

14. Si la madre no estuvo presente en la entrevista la entrevista, investigué y anoté en la casilla correspondiente la edad (14.1), si sabe leer y escribir (14.2).

V. INFORMACIÓN ACERCA DEL MENOR

15.- Investigue cuánto peso el menor al nacer y anote en la casilla que corresponda.

16.- Investigue cuánto midió al nacer y anote en la casilla que corresponda.



17.- Investigue cuanto pesaba el menor al momento de enfermar y anote en la casilla que corresponda.

18.- Investigue cuanto media el menor al momento de enfermar y anote en la casilla que corresponda.

19.- Investigue si fue alimentado con lactancia materna exclusiva y por cuanto tiempo. Anote en la casilla que corresponda.

20.- Solicite la cartilla Nacional de Salud. Registre una X en la casilla "SI" "No" según corresponda e Investigue el esquema de vacunación del menor. Anote en el apartado correspondiente el esquema del menor.

21.- Verifique con la cartilla nacional de salud o comprobantes, si el menor recibió vitamina A en algún contacto con los servicios de salud.

VI. PADECIMIENTO.

22.- Fecha y hora en que el menor empezó a estar enfermo: 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.

22.1.- 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.

23.- Fecha de inicio y evolución: La verificación de los signos en ésta pregunta, servirá para aclarar la fecha de inicio y días de duración.

24.- Aquí anote cuántos días, horas y minutos en total duró la enfermedad.

VII. ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.

25.- 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.



26 Y 27.- Estas preguntas investigan si por cuenta propia se le realizaron algunas de las medidas generales indicadas.

28.- 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 29.

VIII. 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.

29- 30.- Estas preguntas van encaminadas a conocer si consultó con un profesional o personal no médico sobre la salud de su niño (a). Explique el por qué ya sea respuesta afirmativa o negativa. En caso de que no haya solicitado alguna consulta pase a la pregunta 64.

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

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

33.- Anote a cuántas consultas lo llevó.

34.- Esta pregunta investiga con quien lo llevó a consulta. Utilice como referencia el relato de la madre en la pregunta 22.1. 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.

34.1.- Si recibió atención, pregunte cuál fue el diagnóstico o que le dijeron que tenía el menor. Si no sabe, anótelo en la línea correspondiente.

34.2.- Esta pregunta está orientada a investigar la prescripción de antibióticos u otros medicamentos. Si no sabe, anótelo en la línea correspondiente.

35-36.- Estas preguntas investigan si la persona que brindo la primera consulta indicó medidas generales, y cuales fueron



37.- Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible, verifique con la receta, frasco o caja.

38.- 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 41.

39.- En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dio.

40.- Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo en qué tiempo (días, horas).

41.- Esta pregunta se orienta a conocer si le informó cómo reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 43.

42.- 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.

43.- Señale si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo pase a la pregunta.

44.- Identifique si lo llevo al hospital, en caso negativo, que le diga la razón por la que no lo llevo.

45.- Esta pregunta tiene la intención de conocer si le brindaron la atención en el hospital.

46.- Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.

47-48.-Estas preguntas verifican si siguió las indicaciones que le dieron en la primera consulta.

IX. CONSULTAS SUBSECUENTES.

49.- Si recibió una segunda consulta, identifique si fue la misma persona que lo atendió.

49.1.- Si recibió atención, pregunte cuál fue el diagnóstico o que le dijeron que tenía el menor. Si no sabe, anótelo en la línea correspondiente.

49.2.- Esta pregunta está orientada a investigar la prescripción de antibióticos u otros medicamentos. Si no sabe, anótelos en la línea correspondiente.

50-51.- De la persona con quien consulto la segunda vez, indique si le recomendó medidas generales y señale cuáles.

52.- Señale si le dio algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja.

53.- 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 56.

54.- En caso afirmativo especifique que indicaciones le dio.

55.- Señale si hubo indicación de volver a consulta. En caso afirmativo, en qué tiempo (días, horas).

56.- Esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso negativo, pase a la pregunta 58.

57.- 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.

58.- Investigue y anote si le indicó que lo llevara al hospital.

59.- Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo que le diga la razón del por qué no lo llevó.

60.- Esta pregunta tiene la intención de conocer los motivos por los cuales no lo atendieron en el hospital.

61.- Que le diga, si no fue hospitalizado, por qué razón.

62-63.- 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 anote los aspectos relevantes en una hoja en blanco y anéxela a la cedula de AV.



X. LUGAR DE DEFUNCIÓN

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

XI. CAPACITACIÓN

65.- 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.

66.- 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 DE AV :

--	--	--	--	--

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.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
10.- POR FALTA DE ACCESIBILIDAD	
1 GEOGRÁFICA	_____
2 CULTURAL	_____
3 ECONÓMICA	_____

11.-EFECTUÓ AUTO PRESCRIPCIÓN INCORRECTA

12.-- NO ADMINISTRO CORRECTAMENTE EL TRATAMIENTO INDICADO

13.- NO LLEVÓ AL PACIENTE AL HOSPITAL CUANDO SE LE INDICO, POR INACCESIBILIDAD :

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 MEDICA (TACHE CON UNA "X" CUANDO SEA NECESARIO)	
22.- NO IDENTIFICÓ FACTORES DE MAL PRONOSTICO	<input type="checkbox"/>
23.- NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
24.- INDICÓ MEDICAMENTOS INJUSTIFICADOS	<input type="checkbox"/>
25.-NO DIO INDICACIONES DE REGRESAR	<input type="checkbox"/>
26.- NO LE ENSEÑÓ A RECONOCER SIGNOS DE ALARMA	<input type="checkbox"/>
27.- NO LO ENVIÓ AL HOSPITAL OPORTUNAMENTE	<input type="checkbox"/>
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 ATENCION 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 Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI), y en el Comité Jurisdiccional de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COJURMI), según sea el caso y con 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 apoyar 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 análisis 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 a masculino o femenino.

8.- Este dato debe ser obtenido de la respuesta a la pregunta 64.

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 VI y VII.

10.1. *No reconoció los signos de alarma.* Analizar las respuestas de las preguntas 22, 22.1, 23, 29 y 30.

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 31 de la autopsia verbal.

11. *Efectuó autoprescripción incorrecta.* La respuesta se obtiene en la pregunta 28.

12. *No administró correctamente el tratamiento indicado.* Se define con las respuestas de las preguntas 47, 48, 62 y 63.

13. *No llevó al paciente al hospital cuando se le indicó, por inaccesibilidad.* En base a la respuesta de la pregunta 43 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 44 a 46.



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 15.1.

15.1. *Qué tipo de personal.* Analice las opciones de la pregunta 34 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 VI, VII y VIII.

17. *Indicó medicamentos injustificados.* En base a la respuesta de la pregunta 37 y 52.

18. *NO dio indicaciones de regresar.* Se detecta en las respuestas de las preguntas 38, 39, 40, 53, 54 y 55.

19. *NO enseñó a reconocer los signos de alarma.* En base a las respuestas de las preguntas 41, 42, 56 y 57.

20. *NO envió al hospital oportunamente.* En base al análisis de las respuestas a las preguntas 43, 58 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 22.

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, 14 y el tratamiento propuesto según las respuestas a las preguntas 35 a 42, 43 a 58.

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 37 y 52.

25. *NO dio indicaciones de regresar.* En base a las respuestas de las preguntas 53 a 55.

26. *No enseñó a reconocer signos de alarma.* En base al análisis de las respuestas de las preguntas 38 a 42, 53 a 57

27. *NO envió al hospital oportunamente.* Se define conociendo los motivos expuestos en las respuestas de las preguntas 43, 46, 58, 61 y el cuadro clínico al momento de solicitar la consulta y que se especifica en la respuesta de la pregunta 22.

28. *No proporcionó atención médica institucional por qué.* En base a la respuesta en la pregunta 31.

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 45 y 60. Además analizando el caso, del por qué no fue hospitalizado, en las preguntas 46 y 61.

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 Prevalentes de la Infancia (AVOCP)

FOLIO N° _____

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. Afiliación

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:
_____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Firma Fecha </div>

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 entrevista	Presente 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 Microondas

4.2.5.1.- 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;">(Anote primero, segundo, etc.)</td> </tr> </table>	(Anote primero, segundo, etc.)					
(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 style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </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 style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </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?

- 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)

SI (1)	NO (2)	NO SABE (3)



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

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"/>	<input type="checkbox"/>
		7.42.2	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.42.3	No sabe	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		7.43.2	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.43.3	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.44	¿Sabe en cuanto tiempo mejoro la condición de su bebé?	7.44.1	1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.44.2	5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.44.3	7 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.44.4	10 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.44.5	Nunca mejoró	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.44.6	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.45	¿Cuántos meses o semanas de embarazo tenía usted, cuando el bebé nació?	7.45.1	Meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.45.2	Semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.45.3	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.46	¿Cuánto midió el bebé?	7.46.1	Centímetros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.46.2	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.47	Perímetro Cefálico del bebé	7.47.1	Centímetros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.47.2	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.48	¿Cuánto pesó el bebé?	7.48.1	Kilogramos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.48.2	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.49	¿Se le aplico vitamina K?	7.49.1	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.49.2	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.49.3	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.50	¿Le aplicaron gotitas (cloranfenicol) en sus ojos?	7.50.1	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.50.2	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.50.3	No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.51	¿Al momento de nacer su bebé tenía alguna lesión o hueso roto?	7.51.1	Sí	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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	Ombbligo 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								3, 4



	de mantenerlo cubierto)									
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 nacimiento (gastroquisis) al									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	

Passar 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	Ombbligo 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	(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 (jotes)									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 entrepierna (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 meningeo	
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="checkbox"/>	

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="checkbox"/>	



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	<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"/>			
10.10	Registre el nombre de la(s) medicina(s) [solicite le muestre la receta, o los envases]	10.10.1	Nombre	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
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	
<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"/>	
<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"/>	
<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"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	



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	Tumoraciones		
		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] 10.19.1 No [pase a la 10.20]
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) 10.21.2 No (pase a la 10.22)
10.22	¿Por qué no lo hospitalizaron?	10.22.1 Motivos _____ _____ _____ _____ _____ _____
10.23	¿Cuánto tiempo permaneció hospitalizado?	10.23.1 Menos de 24 horas 10.23.2 De 24 a 48 horas 10.23.3 De 48 a más
10.24	Requirió traslado de un hospital a otro	10.24.1 Sí 10.24.2 No

10.25 Si la causa de defunción fue Cáncer llenar este apartado



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 DE ENFERMEDAD EN LA INFANCIA".

INSTRUCCIONES

- 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.
- 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.
- Los datos registrados deben ser llenados con tinta color negro o azul, con letra legible y completa.
- El folio se integra asignando el número consecutivo, más la nomenclatura AVOCP (autopsia verbal para otras causas prioritarias) más el año estadístico separados por una diagonal. Ejemplo: 01/ AVOCP/ 2019. El número de folio será asignado el responsable del Comité.
- 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 por cada intento realizado, explicando los motivos por los que no se llevó a cabo; estas notas se anexarán al cuestionario que deberá entregarse al responsable jurisdiccional del PASIA.



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	<input type="checkbox"/>
Cultural	<input type="checkbox"/>
Económica	<input type="checkbox"/>

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

INSTRUCTIVO DICTAMEN

Autopsia Verbal para otras Causas Prevalentes de la Infancia.

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 asignado a la autopsia verbal.
 - Afiliación: 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 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 signos 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.



“CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR EDA E IRA”

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

AÑO _____

MES QUE INFORMA _____

EDA-1.- Defunciones por Enfermedad diarreica Aguda en menores de cinco años.

(1) MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	(2) TODAS LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (DE ACUERDO A REDVE)	(3) CAUSA BÁSICA POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS REGISTRADOS EN LA CIE-10 COMO CAUSALES DE MORTALIDAD: A00, A01.0, A01.1, A02, A03, A04,A08-A09 (excepto A08.0), A05, A06.0-A06.3,A06.9, A07.1, A07.0, A07.2, A07.9. B77, B65 -B67, B70 - B76, B78, B79, B80, B81, B83.			(4) OBSERVACIONES
		< DE 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL	
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
TOTAL					

Fuente: Cifras preliminares del Registro Electrónico de defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiologica (REDVE) de la Dirección General de Epidemiología /Dirección de Información Epidemiológica.

Instrucciones:

COLUMNA 1.-MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción y el total.

COLUMNA 2.TODAS LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- Registrar el número de defunciones por todas las causas sujetas a vigilancia epidemiologica del menor de cinco años, que emite la plataforma REDVE como dato preliminar. Esta fuente de información es temporal y hasta nuevo aviso, debido a que durante los últimos dos años, el SEED-SINBA que coordina la DGIS, ha mostrado falta de oportunidad para la emisión de información.

COLUMNA 3.-CAUSA BÁSICA POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.- Registrar el número de defunciones de acuerdo al grupo de edad. El cero cuenta como número y se registra en todas las filas del mes estadístico cuando no se hayan presentado defunciones. En caso de que la plataforma no contará con información se deberá registrar " sin movimiento" en todas las filas del mes estadístico que corresponde y en la columna de observaciones detallar los motivos.

COLUMNA 4.- OBSERVACIONES. Registrar datos que se considere relevantes notificar

Para obtener el número de defunción el PASIA se apoyara con la información generada por la plataforma REDVE que se encuentra a cargo de Vigilancia Epidemiológica. Lo anterior, debido al atraso en la emisión de información que ha presentado la Plataforma Oficial SEED-SINBA

Formato modificado por CeNSIA, actualización 2020



"CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR EDA E IRA"

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

AÑO: _____

MES QUE INFORMA: _____

EDA 2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

1.- MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN											TOTAL
	HOGAR	VÍA PÚBLICA	SE IGNORA	UNIDAD MÉDICA								
				SSA	IMSS BIENESTAR	IMSS OB.	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	PRIVADO	
ENERO												
FEB												
MARZO												
ABRIL												
MAYO												
JUNIO												
JULIO												
JUNIO												
JULIO												
AGOS												
SEP												
OCT												
NOV												
DIC												
TOTAL												

FUENTE: Certificado de defunción: apartado correspondiente al "Sitio de ocurrencia de la defunción"

INSTRUCCIONES

COLUMNA 1.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción y el total. Anote la defunción de acuerdo al mes en que ocurrió.

COLUMNA 2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Registrar la defunción en el apartado que corresponda (hogar, vía pública, se ignora, unidad medica). Tomar como referencia el dato que aparece en el certificado de defunción.

TOTAL: Sumar por mes las defunciones que ocurrieron en el hogar, vía pública, se ignora y unidad medica. Registrar la sumatoria en la columna de totales que corresponda.



"CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR EDA E IRA"

ENTIDAD _____

AÑO: _____

MES QUE INFORMA: _____

EDA 3.- AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN POR EDA

(1) MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	(2) N° DEFUNCIONES EN MENORES DE 5 AÑOS REGISTRADA EN REDVE	(3) AUTOPSIAS VERBALES REALIZADAS	(4) AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS	(5) AUTOPSIAS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		SI RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		NO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		(12) OBSERVACIONES	
					(6) SI	(7) NO	(8) INSTITUCIONAL	(9) PRIVADA	(10) OTRO TIPO DE ATENCIÓN	(11) NINGUNA ATENCIÓN		
ENERO												
FEBRERO												
MARZO												
ABRIL												
MAYO												
JUNIO												
JULIO												
AGOSTO												
SEPTIEMBRE												
OCTUBRE												
NOVIEMBRE												
DICIEMBRE												
TOTAL												

En el formato EDA 3, registrar **MENSUALMENTE** la información relacionada con el número de defunciones por causa básica de EDA en menores de 5 años, el número de Autopsias Verbales (AV) realizadas y el número de autopsias dictaminadas.

FUENTES: Plataforma REDVE, Cuestionario de AV y Formato de Dictamen.

Instrucciones:

Columna 1.- Mes en que ocurrió la defunción.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción.

Columna 2.-Número de defunciones en menores de 5 años registrada en REDVE.- Registrar el número de defunciones de acuerdo al grupo de edad que previamente registró en la hoja EDA 1. El cero cuenta como número y se registra en todas las filas del mes estadístico cuando no se hayan presentado defunciones. En caso de que la plataforma no contará con información se deberá registrar "sin movimiento" en todas las filas del mes estadístico que corresponde y en la columna de observaciones detallar los motivos.

Columna 3.-Autopsias Verbales Realizadas.- 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 4.- Autopsias verbales dictaminadas.- PARA el Programa de Infancia se considera Autopsia verbal dictaminada cuando el COERMI ha revisado y analizado los datos y en la cual se concluyó el proceso de dictaminación logrando establecer los factores de riesgo y los factores asociados que originaron la defunción y la causa (patología) de muerte, permitiendo ratificar o rectificar la causa de muerte. Se debe dictaminar el 95% o más de las autopsias verbales realizadas.

Columna 5.- Autopsias con diagnóstico confirmado.- 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 6,7,8,9,10 y 11. En caso que no se haya confirmado el diagnóstico, las columnas mencionadas se dejan en blanco.

Columnas 6 y 7 (Recibió atención médica).- De cada AV con diagnóstico confirmado registrada en el cuadro, se debe anotar el numero en la columna SI o NO según corresponda.

Columnas 8 y 9 (Si recibió atención médica).- La defunción que "SI recibió atención médica", debe desglosarse entre atención médica "Institucional" o "Privada" y registrar el número según corresponda.

Columnas 10 y 11. No recibió atención médica.-La defunción que NO recibió atención médica debe desglosarse entre "Otro Tipo" o "Ninguna"

Columna 12. Observaciones.-Cuando registre "sin movimiento" en el mes estadístico que se reporta deberá detallar los motivos en esta columna. Se deberá registrar información complementaria que se considere relevante notificar, como por ejemplo el motivo de no realización de autopsia verbal.

Para el llenado de este formato se considera como atención médica:

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 en la columna de observaciones el tipo de personal que proporcionó la atención.

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

La autopsia verbal deberá ser registrada en la fila del mes estadístico que corresponda, cuando la defunción esté registrada en el REDVE. No debe haber más autopsias verbales que defunciones registradas. El REDVE es una plataforma de registro de defunciones por causa básica sujetas a vigilancia epidemiológica que Coordina y opera la Dirección General de Epidemiología.



"CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR EDA E IRA"

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

AÑO _____

MES QUE REPORTA: _____

IRA-1.- Defunciones por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años.

MES	(2) TODAS LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (DE ACUERDO A REDVE)	(3) CAUSA BÁSICA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS REGISTRADOS EN LA CIE-10 COMO CAUSALES DE MORTALIDAD: J01, J02, J03, J04, J05, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0; J12-J18 excepto J18.2; H65.0-H65.1			(4) OBSERVACIONES
		< DE 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑOS	TOTAL	
ENERO					
FEBRERO					
MARZO					
ABRIL					
MAYO					
JUNIO					
JULIO					
AGOSTO					
SEPTIEMBRE					
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
TOTAL					

Fuente: Cifras preliminares del Registro Electrónico de defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiologica (REDVE) de la Dirección General de Epidemiología /Dirección de Información Epidemiológica.

Instrucciones:

COLUMNA 1.-MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción y el total.

COLUMNA 2.TODAS LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- Registrar el número de defunciones por todas las causas sujetas a vigilancia epidemiologica del menor de cinco años, que emite la plataforma REDVE como dato preliminar. Esta fuente de información es temporal y hasta nuevo aviso, debido a que durante los últimos dos años, el SEED-SINBA que coordina la DGIS, ha mostrado falta de oportunidad para la emisión de información.

COLUMNA 3.-CAUSA BÁSICA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.- Registrar el número de defunciones de acuerdo al grupo de edad. El cero cuenta como número y se registra en todas las filas del mes estadístico cuando no se hayan presentado defunciones. En caso de que la plataforma no contará con información se deberá registrar " sin movimiento" en todas las filas del mes estadístico que corresponde y en la columna de observaciones detallar los motivos.

COLUMNA 4.- OBSERVACIONES. Registrar datos que se considere relevantes notificar

Para obtener el número de defunción el PASIA se apoyara con la información generada por la plataforma REDVE que se encuentra a cargo de Vigilancia Epidemiológica. Lo anterior, debido al atraso en la emisión de información que ha presentado la Plataforma Oficial SEED-SINBA

Formato modificado por CeNSIA, actualización 2020



“CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR EDA E IRA”

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

AÑO: _____

MES QUE INFORMA: _____

IRA 2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

1.- MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN											TOTAL
	HOGAR	VÍA PÚBLICA	SE IGNORA	UNIDAD MÉDICA								
				SSA	IMSS BIENESTAR	IMSS OB.	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX	PRIVADO	
ENERO												
FEB												
MARZO												
ABRIL												
MAYO												
JUNIO												
JULIO												
JUNIO												
JULIO												
AGOS												
SEP												
OCT												
NOV												
DIC												
TOTAL												

FUENTE: Certificado de defunción: apartado correspondiente al "Sitio de ocurrencia de la defunción"

Instrucciones:

COLUMNA 1.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción y el total. Anote la defunción de acuerdo al mes en que ocurrió.

COLUMNA 2.- SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Registrar la defunción en el apartado que corresponda (hogar, vía pública, se ignora, unidad medica). Tomar como referencia el dato que aparece en el certificado de defunción.

TOTAL: Sumar por mes las defunciones que ocurrieron en el hogar, vía pública, se ignora y unidad medica. Registrar la sumatoria en la columna de totales que corresponda.

Formato modificado por CeNSIA, actualización 2020.



"CONCENTRADO MENSUAL DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS VERBALES POR CAUSA DE IRA E IRA"

ENTIDAD _____

AÑO: _____

MES QUE INFORMA: _____

IRA 3.- AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN DE IRA

(1) MES EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	(2) N° DEFUNCIONES EN MENORES DE 5 AÑOS	(3) AUTOPSIAS VERBALES REALIZADAS	(4) AUTOPSIAS VERBALES DICTAMINADAS	(5) AUTOPSIAS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		SI RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		NO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA		(12) OBSERVACIONES
					(6) SI	(7) NO	(8) INSTITUCIONAL	(9) PRIVADA	(10) OTRO TIPO DE ATENCIÓN	(11) NINGUNA ATENCIÓN	
ENERO											
FEBRERO											
MARZO											
ABRIL											
MAYO											
JUNIO											
JULIO											
AGOSTO											
SEPTIEMBRE											
OCTUBRE											
NOVIEMBRE											
DICIEMBRE											
TOTAL											

En el formato IRA 3, registrar MENSUALMENTE la información relacionada con el número de defunciones por causa básica de IRA en menores de 5 años, el número de Autopsias Verbales (AV) realizadas y el número de autopsias dictaminadas.

FUENTES: REDVE, Cuestionario de AV y Formato de Dictamen.

Instrucciones:

Columna 1.- Mes en que ocurrió la defunción.- Señala los meses de enero a diciembre en que ocurrió la defunción.

Columna 2.-Número de defunciones en menores de 5 años registrada en REDVE.- Registrar el número de defunciones de acuerdo al grupo de edad que previamente registró en la hoja EDA 1. El cero cuenta como número y se registra en todas las filas del mes estadístico cuando no se hayan presentado defunciones. En caso de que la plataforma no contará con información se deberá registrar "sin movimiento" en todas las filas del mes estadístico que corresponde y en la columna de observaciones detallar los motivos.

Columna 3.-Autopsias Verbales Realizadas.- 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 4.- Autopsias verbales dictaminadas.- Para el Programa de Infancia se considera Autopsia verbal dictaminada cuando el COERMI ha revisado y analizado los datos y en la cual se concluyó el proceso de dictaminación logrando establecer los factores de riesgo y los factores asociados que originaron la defunción y la causa (patología) de muerte, permitiendo ratificar o rectificar la causa de muerte. Se debe dictaminar el 95% o más de las autopsias verbales realizadas.

Columna 5.- Autopsias con diagnóstico confirmado.- Se registra la AV en la que se haya CONFIRMADO que la causa de la defunción fue **infección respiratoria aguda**. Si se registra una autopsia con diagnóstico confirmado se deben llenar las columnas 6,7,8,9,10 y 11. En caso que no se haya confirmado el diagnóstico, las columnas mencionadas se dejan en blanco.

Columnas 6 y 7 (Recibió atención médica).- De cada AV con diagnóstico confirmado registrada en el cuadro, se debe anotar el número en la columna SI o NO según corresponda.

Columnas 8 y 9 (Si recibió atención médica).- La defunción que "SI recibió atención médica", debe desglosarse entre atención médica "Institucional" o "Privada" y registrar el número según corresponda.

Columnas 10 y 11. No recibió atención médica.-La defunción que NO recibió atención médica debe desglosarse entre "Otro Tipo" o "Ninguna"

Columna 12. Observaciones.-Cuando registre "sin movimiento" en el mes estadístico que se reporta deberá detallar los motivos en esta columna. Se deberá registrar información complementaria que se considere relevante notificar, como por ejemplo el motivo de no realización de autopsia verbal.

Para el llenado de este formato se considera como atención médica:

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 en la columna de observaciones el tipo de personal que proporcionó la atención.

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

La autopsia verbal deberá ser registrada en la fila del mes estadístico que corresponda, cuando la defunción esté registrada en el REDVE. No debe haber más autopsias verbales que defunciones registradas. El REDVE es una plataforma de registro de defunciones por causa básica sujetas a vigilancia epidemiológica que Coordina y opera la Dirección General de Epidemiología.

Formato modificado por CeNSIA, actualización 2020



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Inserte
Emblema Estatal

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 contribuir a 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 _____


Y los vocales representantes de las Instituciones:

- IV. Instituto Mexicano del Seguro Social;
- V. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- VI. Secretaria de la Defensa Nacional;
- VII. Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia;
- VIII. Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- IX. 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 Atención a la Salud de la Infancia y contribuir a disminuir la 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 fecha programada 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 ordinaria y extraordinaria 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 medica 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.
- IV. DE LOS VOCALES
- V. Asistir a las reuniones que cite el Comité;



- VI. Informar al Comité del trabajo realizado en la institución que represente;
- VII. Cumplir con las comisiones que el Comité le indique sobre avances y resultados;
- VIII. Participar en la elaboración de informes;
- IX. Proponer cambios o modificaciones para el mejor funcionamiento del Comité;
- X. 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 Epidemiologia

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). Versión 2017. Secretaría de Salud. México. Disponible en línea: <https://www.gob.mx/salud/documentos/manuales-para-la-vigilancia-epidemiologica-102563>
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.objetivosdedesarrollodelmilenio.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/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

11. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2013-2018: Salud de la Infancia y la Adolescencia. México, D.F. 2014.
12. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx>
13. Plan Nacional de Desarrollo. Publicado en el D.O.F. 12 de julio 2019. Recuperado desde: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
14. Estilos de Vida y Promoción de la Salud (S/F). Tema 3 Desigualdades Sociales en Salud. Recuperado desde: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formación/tema3.pdf>