

ANEXO 8 MODIFICADO

SECRETARÍA DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA
 SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
 Sistema Epidemiológico y Estadístico de la Defunción



REPORTE DE CAUSAS DE MUERTE SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Folio del certificado de defunción:

150673076

Nombre del fallecido:	HERNANDEZ	CRUZ	LUIS TADEO	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)		
<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> No especificado		
Sexo:	3	Derechohabiencia:	<u>SEG.POPULAR</u>	
Edad:	2 Años	Meses	Días	Horas
Lugar de residencia habitual:	EBANO S.L.P.			
Lugar donde ocurrió la defunción:	TAMUIN			
Fecha de la defunción:	11/02/2015			
Certificada por:	<input type="radio"/> Médico Tratante	<input type="radio"/> Otro médico	<input type="radio"/> Médico legista	<input type="radio"/> Otro
Nombre del certificador:				

2.-CAUSAS DE MUERTE

(DICE)		Intervalo	Clave CIE-10
I	Causas	3 HRAS	
a) FALLA ORGÁNICA MULTIPLE		5 HRAS	
b) SEPSIS		2 SEMANAS	
c) PB NEUMONIA			
d)			
II.-			
			Clave CIE-10

Causas sujetas a vigilancia epidemiológica:

(DEBE DECIR)		Intervalo	Clave CIE-10	Causa Básica
I	Causas	hrs	J690	
a) NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACIÓN DE ALIMENTO O VI		Ihrs	R560	
b) CONVULSIONES FEBRILES			J15	
II.-				

4-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

Resultado	Sí	Causa	Clave CIE-10
Ratificadas	<input type="radio"/>		
Rectificadas	<input checked="" type="radio"/>		

Causa Básica después de la investigación:

DEFUNCION EN MENOR DE 5 AÑOS

Fechas: Recolección: 19/02/2015 dia/mes/año Inicio del Estudio: 19/02/2015 dia/mes/año Conclusión: 25/02/2015 dia/mes/año

Reporte a INEGI/SS:

Observaciones: de acuerdo a la autopsia verbal y resúmenes clínicos se integra diagnósticos finales

Nombre del responsable de la investigación: DR. CHRISTIAN AUSTRIA BALDERAS
 Cargo: RESPONSABLE EPIDEMIOLOGIA Firma:

4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: _____ Núm. de paquete: _____ Núm. Acta: _____ Folio de captura: _____

Nombre del codificador: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

OTRA VARIABLE NUM. DICE	OTRA VARIABLE NUM. DICE
----------------------------	----------------------------



San Luis Potosí
Un Gobierno para Todos
AÑO 2015

Servicios de
Salud

HOSPITAL BÁSICO
COMUNITARIO DE ÉBANO
Privada Paciencia S/N, Col. 18 de Marzo, Ébano, S.L.P.
Tel/Fax: (01-845) 26 3 39 57

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



EBANO, SAN LUIS POTOSÍ A 11 DE FEBRERO DE 2015 7:15 HORAS

PACIENTE: LUIS HERNÁNDEZ CRUZ

EDAD: 2 AÑOS

RESUMEN CLINICO:

SE RECIBE EN SALA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO A LAS 6:59 HORAS A LACTANTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD TRAIDO POR SU MADRE, EN ESTADO POSTICTAL, REFIERE CRISIS CONVULSIVA TÓNICO-CLÓNICO GENERALIZADA EN SU HOGAR EN EJIDO 20 DE NOVIEMBRE, MUNICIPIO DE ÉBANO, SAN LUIS POTOSÍ.

AL INTERROGATORIO LA MADRE NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, URINARIOS, EVACUACIONES NORMALES, SIN EMBARGO REFIERE LE HA ADMINISTRADO MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS INDICADOS POR MÉDICO EN MEDIO PRIVADO.

A SU LLEGADA A URGENCIAS SE RECIBE CON GLASGOW DE 12 PUNTOS, AFEBRIL, TEMPERATURA DDE 36,5, TAQUICARDICO FRECUENCIA CARCIADA:135X', POLIPNEICO FRECUENCIA RESPIRATORIA:34X', CON PALIDEZ DE PIEL Y TEGUMENTOS, CON CIANOSIS PERIBUCAL, PUPILLAS ISOCÓRICAS, NORMORREFLEXICAS, NISTAGMUS, FARINGE Y OTOSCOPIA NORMALES, NARINAS PERMEABLES, CUELLO SIN RIGIDEZ, POLIPNEICO, CAMPOS PULMONARES CON RUDEZA RESPIRATORIA, PRECORDIO RITMICO, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO HEPATO NI ESPLENOMEGLIA, PERISTALISIS NORMAL, GENITALES NORMALES, EXTREMIDADES ESPASTICAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS NORMALES.

SE INICIA MANEJO DESDE SU LLEGADA CON OXIGENO POR PUNTAS NASALES Y SE CANALIZA PARA MANTENER VÍA PERMEABLE, PRESENTANDO NUEVA CRISIS CONVULSIVA A LAS 7:00 HORAS LA CUAL SE YUGULA CON DIAZEPAM 4 MG IV DOSIS UNICA, POSTERIORMENTE SE IMPREGNA CON DIFENILHIDANTOINA 165MG IV EN 50M ML DE SOLUCION SALINA PARA UNA HORA EN DOSIS UNICA (A 15 MG/KG), SE DEJA EN OBSERVACIÓN PARA ESTABILIZARLO Y POSTERIORMENTE NORMAR CONDUCTA A SEGUIR.

IDX. CRISIS CONVULSIVAS EN ESTUDIO

DR. JORGE HUMBERTO LÓPEZ LEIJA

4387547

HOJA DE REFERENCIA

FECHA DE REF.: 11/feb / 2014 No. DE EXP.:	SEG. POP:
DOMICILIO DEL PACIENTE: CIUDAD: SAN LUIS POTOSI	MUNICIPIO: EBANO
COM./COL: Ejido 20 de Noviembre CALLE:	NUMERO:
MOTIVO DEL ENVIO: Valoracion por pediatra	TEL:
DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL: CRISIS CONVULSIVA/PBLE. NEUMONIA / BRONCOASPIRACION	
NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE: Dr. Victor Antonio Piña Gutierrez	

Luis	Hernandez	URGENCIAS: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	Cruz			
NUMERO DE EXPEDIENTE:	EDAD: 2 Años	APELLIDO MATERNO			
UNIDAD QUE REFIERE: (SPSSA002770) HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE ÉBANO	SEXO: Femenino				
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: HOSPITAL GENERAL DE VALLES					
DOMICILIO: CARR. MEXICO -LAREDO FRACC OXITIPA, CD VALLES SLP					
CALLE	NUMERO	COLONIA			
SERVICIO AL QUE SE ENVIA: URGENCIAS / PEDIATRIA					
MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO)					
PESO 11 kg.	TALLA m.	T/A /	TEMP. 39 °C	F.R. 39	F.C. 185

paciente masculino el cual acude al servicio de urgencias, presentando datos de crisis convulsiva, tonicoclonica, por lo que es traído al servicio de urgencias, con unico antecedentes de infección de vías respiratorias aguda, así mismo se presentan datos de bronco aspiración, se inicia manejo con monzo diazepina a 4 mg IV dosis unica, posteriormente se maneja con 165 mg de DFH, posteriormente 150 g de paracetamol via rectal, mejorando la temperatura, se brinda apoyo con oxigeno por puntas nasales, al presentar aumento de las secreciones se inicia con nebulizaciones y profilaxis con ceftriaxona e hidrocortisona por prob. neumonitis, por lo que presenta desaturación a 56 % por lo que se decide aplicación de tubo endotraqueal, donde se encuentran abundantes secreciones, presentando mejoría de la saturación pero necesitando apoyo vital avanzado, con uso de adrenalina .5 ml en dos ocasiones y dobutamina 1 amp e 100cc de solución fisiológica pasar en 6 micrigotas, por lo que se refiere a segundo nivel

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: CRISIS CONVULSIVA/PBLE. NEUMONIA / BRONCOASPIRACION

Dr. Anastasio Gonzalez Chavez

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Dr. Victor Piña Gutierrez

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA Y URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCION
POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA

CEDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

FOLIO

I IDENTIFICACION

ESTADO: SAN LUIS POTOSI | 2 | 4
JURISDICCION SANITARIA: V DELEGACION CD. VALLES ZONA: 0 1 3 |
FECHA DE LA APLICACION: 19/02/2015 REALIZADA POR: ENRIQUE FLORES HERNANDEZ

II DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION:(COPIARLOS)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO : LUIS TADEO HERNANDEZ CRUZ
DOMICILIO: CONOCIDO EJIDO 20 DE NOVIEMBRE

CALLE NUMERO COLONIA SECCION O BARRIO

1. LOCALIDAD: EJIDO 20 DE NOVIEMBRE | | |
2. MUNICIPIO: EBANO | | |

3. EDAD | 0 | 2 | 0 | 3 | FECHA DE NACIMIENTO: | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | SP
AÑO MESES DIAS AÑO MESE DIA (IMSS,ISSSTE,OTROS,NINGUNA,SE IGNORA)

5. SEXO | 1 | 1.-MASCULINO 6. FECHA DE LA MUERTE: | 1 | 5 | 0 | 2 | 1 | 1 |
2.-FEMENINO AÑO MES DIA | 1 | 6 | HORA | 4 | 0 | MIN.

7. CAUSAS DE LA MUERTE REGISTRADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCION.

PARTE I

- A FALLA ORGANICA MULTIPLE
B SEPSIS
C PB. NEUMONIA
D

PARTE II

III INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR

BUENOS DIAS (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 PAIS, CON EL FIN DE EVITAR QUE OTROS NIÑOS LES PASE LO MISMO.

SABEMOS QUE EN ESTA CASA MURIÓ HACE ALGUN TIEMPO UN NIÑO, POR LO QUE LE SOLICITO SU COOPERACION PARA QUE CONTESTE ALGUNAS PREGUNTAS. LA INFORMACION 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 9)

8. SI NO REALIZO ENTREVISTA, ANOTE EL MOTIVO:

IV DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR DE CINCO AÑOS

9. ¿QUE PARENTESCO TENIA USTED CON (MENCIONE NOMBRE DEL NIÑO)
MAMA (JUANA MARIA CRUZ SALDAÑA)

10. EDAD:

2	7
---	---

11. ¿SABE USTED LEER Y ESCRIBIR? SI NO

12. ADEMÁS DE (NOMBRE DEL NIÑO), ¿ALGUN OTRO DE SUS HIJOS MURIÓ CUANDO TENIA MENOS DE 5 AÑOS?
SI NO

13. ¿CUANTO TIEMPO Tarda EN LLEGAR DESDE SU CASA HASTA EL CONSULTORIO O CLINICA MAS CERCANA,
POR EL MEDIO DE TRASPORTE HABITUAL?

<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>5</td></tr></table>	1	5
1	5							
DIAS	HORAS	MIN.						

V PADECIMIENTO

14. DIGAME LA FECHA Y HORA EN QUE SU HIJO EMPEZO A ESTAR ENFERMO:
LA ULTIMA VEZ QUE ENFERMO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA:

<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>5</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>	1	5	0	2	0	1	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>3</td></tr></table>	0	3	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0
1	5	0	2	0	1							
0	3											
0	0											
AÑO	MES	DIA	HORA	MIN.								

ME PUEDE INDICAR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO (NOMBRE DEL NIÑO) DESDE QUE EMPEZO A ESTAR HASTA QUE MURIÓ, Y QUE FUE LO QUE USTED HIZO (PREGUNTE MOLESTIAS, SOLICITUD DE ATENCION Y MANEJO DEL CASO HASTA QUE FALLECIO, PERMITA QUE EL ENTREVISTADO LE INFORME LIBREMENTE, ANOTE LOS TERMINOS QUE LA ENTREVISTADA DIGA).

TODO MI EMBARAZO ESTUVE EN CONTROL PRENATAL EN LA CLINICA DE MADERO TAMAULIPAS, FUE DE TERMINO DE 9 MESES, NUMERO DE EMBARAZO 2DA. GESTA, CON RESOLUCION DE CESAREA, SIN NINGUNA COMPLICACION TENIENDO PRODUCTO UNICO MASCULINO PESANDO 3.600KG Y MIDIO 47 CM. CON FN.EL DIA 27/11/2012.SIN NINGUNA COMPLICACION TANTO DE LA MADRE COMO DEL NIÑO. LLEVANDO EL NIÑO SU CONTROL DE NIÑO SANO EN EL CENTRO DE SALUD DE SU LOCALIDAD.

REFIERE QUE EL DIA 01/02/2015, EL NIÑO EMPIEZA A TENER FLUIDO NASAL, TOS Y VOMITO , LLEVANDOLO A SIMILARES EL CUAL EL MEDICO LE DIO ATENCION Y LE RECETO 4 INYECCIONES DE PENICILINA, AMBROXOL JARABE Y ANTIFLUES. AL NO VER MEJORIA LO LLEVA CON MEDICO PARTICULAR EL DR. AHUMADA EL CUAL LE SUSPENDE EL MEDICAMENTO INYECTABLE Y LE RECETA AMOXICILINA Y LE DA DIAGNOSTICO DE RESFRIADO COMUN Y CON EL MEDICAMENTO AL NIÑO SE LE QUITA TODO MALESTAR ESTANDO SANO, REALIZANDO ACTIVIDADES QUE TODO MENOR HACE.

EL DIA 10/02/2015 LA MADRE DEL NIÑO LO LLEVA CON UNA CURANDERA A BARRER Y LE DICE QUE EL NIÑO ESTA EN PELIGRO DE MUERTE MOTIVO POR EL CUAL ACUDE CON MEDICO PARTICULAR , REFIRIENDOLE EL MEDICO QUE EL NIÑO ESTABA BIEN DE SALUD, PARA TRANQUILIDAD DE LA MADRE LE SOLICITA LABORATORIOS.

EL DIA 11/02/2015 COMO ALAS 7 AM EL NIÑO EMPIEZA A MASTICAR Y A TENER LA VISTA PERDIDA Y MORADO DE SU BOCA Y UÑAS , PIDIENDO AYUDA ASU SUEGRA LO LLEVA AL HOSPITAL INTEGRAL DE EBANO, DONDE EL MEDICO LE DA LA ATENCION Y LE DICE QUE EL NIÑO ESTA CONVULSIONANDO, TENIENDOLO EN OBSERVACION Y PRESENTANDO PICOS DE FIEBRE , VOLVIO A CONVULSIONAR Y VOMITAR DECIDEN TRASLADARLO AL HOSPITAL DE VALLES DONDE AL TRAYECTO SE AGRAVA Y PASAN AL HBC. DE TAMUIN PARA ESTABILIZARLO Y FALLECIO

NOTA: SI REQUIERE MAS ESPACIO, CONTINUE EN UNA HOJA BLANCA Y ANEXELA.

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

(SI YA LO INDICO EL ENTREVISTADO EN LA SECCION ANTERIOR, VERIFIQUE Y RESITRESELLO EN EL BOCÓN CORRESPONDIENTE)

15. SIGNOS

	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		DURACION (DIAS)	OBSERVACIONES
TOS					
DEJO DE COMER O BEBER	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FIEBRE O CALENTURA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PIEL MAS FRIA DE LOS NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DIFICULTAD PARA DEPERTARLO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CONVULSIONES O ATAQUES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SE PUSO MORADO DE LABIOS O UÑAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MAS PALIDO DE LO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HUNDIMIENTO ENTRE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RESPIRACION RAPIDA O JADEO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SILBIDO AL RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

16. DURACION TOTAL DE LA ENFERMEDAD:

| |
DIAS HORAS MIN.

VI. ATENCION RECIBIDA EN SU HOGAR

17. ¿CUANDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMO?

¿LO ATENDIO PRIMERO EN SU CASA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA N° 31)

_____ (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA SIGUIENTE)

18. ENSU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA:

19. MEDIDAS GENERALES

¿LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?

¿LE DIO MÁS LIQUIDOS DE LO NORMAL?

LE DESTAPO FRECUENTEMENTE LA NARIZ.

SI ALUN TOMARA QUE CONTINUO BANDO RESUME

LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE

30 · LEPIO AL CUNA MEDICINA

SI	NO	NO ESPECIFICADO
X		
X		
X		
X		
X		
	X	

VII PRIMERA ATENCION FUERA DE HORA

21. ¿LO LLEVO CON ALGUIEN A CONSULTA? SI NO

22 ¿POR QUÉ?
POR CRISIS CONVULSIVAS

23. ¿ RECIBIO ATENCION SI NO
(EN CASO DE NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 56)

¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN?

36. DE ACUERDO CON LA INDICACION ¿USTED LO LLEVO AL HOSPITAL?

SI NO

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

37. ¿ LE DIERO ATENCION EN EL HOSPITAL ?

SI NO

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 36)

38. ¿LO HOSPITALIZARO SI

SI NO

¿POR QUE NO LO HOSPITALIZARON?

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

SI NO

¿ LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA ?

X
X
X
X
X
X

¿ LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL ?

¿ LE DESTAPO FRECUENTEMENTE LA NARIZ ?

¿ SI AUN TOMABA, CONTINUO DANDOLE PECHO ?

¿ LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

40. ¿ LE DIO MEDICINA ?

VII. CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S) (LLENE ESTA SECCION SOLO SI EL NIÑO RECIBIO UNA SEGUNDA CONSULTA POR
LA MISMA U OTRA PERSONA)

41. ¿ QUIEN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA ? LA MISMA PERSONA OTRA PERSONA

42. LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICO:

43. MEDIDAS GENERALES

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

¿QUE LE DIERA MAS LIQUIDOS?

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

X
X
X
X
X

¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO?

¿QUE NO LE EXPUSIERA A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

44. ¿ LE DIO MEDICINA ?

DIGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA _____

45. ¿ LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA
OTRAS(S) MOLESTIA(S)

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 47)

46. ¿CUALES? _____

47. ¿ LE SEÑALO CUANTO TIEMPO DESPUES REGRESARA?

NO

TIEMPO

DIAS

HORAS

48. ¿LE INDICO COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 49)

49. ¿ QUE LE DIJO ? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICO ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

- Si dejaba de comer o beber
- Piel más fría de la normal
- Dificultad para despertarlo
- Convulsiones o ataques
- Si se ponía morado de los labios o uñas
- Más pálido de lo normal
- Hundimiento entre las costillas
- Respiración rápida o jadeo
- Silbido al respirar
- Otra

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

50. ¿ LO ENVIO AL HOSPITAL
(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA53)

51. DE ACUERDO CON LA INDICACION ¿ USTED LO LLEVO AL HOSPITAL?

SI NO

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

¿POR QUE NO LO LLEVO AL HOSPITAL?

52. ¿ LE DIERON ATENCION EN EL HOSPITAL?

SI NO

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

¿POR QUE NO LE DIERON ATENCION EN EL HOSPITAL?

53. ¿ LO HOSPITALIZARON?

SI NO

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

¿POR QUE NO LO HOSPITALIZARÓN?

54. DE LAS INDICACIONES QUE LE DIERON EN LA SEGUNDA CONSULTA

SI NO

USTED: (RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

¿ LE EVITO CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA?

--	--	--	--	--

X				
---	--	--	--	--

¿ LE DIO MAS LIQUIDOS DE LO NORMAL?

¿ LE DESTAPÓ FRECUENTEMENTE LA NARIZ?

SI AUN TOMABA, ¿ LE CONTINUO DANDO EL PECHO?

¿ LE EVITO LA EXPOSICION A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

55. ¿ LE DIO MEDICINA?

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

IX. LUGAR DE LA DEFUNCION

56. ¿ DONDE MURIÓ EL NIÑO ?

EN EL HOGAR

--	--	--	--	--

EN EL CONSULTORIO O UNIDAD DE 1ER. NIVEL

EN UNA CLINICA U HOSPITAL

EN EL TRASLADO

NO SABE

X				
---	--	--	--	--

X. CAPACITACION

57. ¿ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACION ACERCA DE EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR, DE LA
INFECCION REASPIRATORIA AGUDA?

SI NO → FIN

58. ¿DONDE Y QUIEN LE DIO LA CAPACITACION?

CONCLUSIONES :