



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA



“ESLABÓN CRÍTICO EN DEFUNCIONES POR DIARREAS EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN LAS AUTOPSIAS VERBALES DEL 2007 EN SAN LUIS POTOSÍ”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

Silvia Robles Galván

COMITÉ DE TESIS:

M.C. MONICA TERÁN HERNANDEZ
M.S.P. MARÍA TERESA GUERRERO HERNÁNDEZ
M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO

MAYO 2010



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“ESLABÓN CRÍTICO EN DEFUNCIONES POR DIARREAS
EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN LAS AUTOPSIAS
VERBALES DEL 2007 EN SAN LUIS POTOSÍ”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

Silvia Robles Galván

COMITÉ DE TESIS:

**M.C. MONICA TERÁN HERNÁNDEZ
M.S.P. MARIA TERESA GUERRERO HERNÁNDEZ
M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO**

MAYO 2010

CONTRA PORTADA:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA



“ESLABÓN CRÍTICO EN DEFUNCIONES POR DIARREAS EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN LAS AUTOPSIAS VERBALES DEL 2007 EN SAN LUIS POTOSÍ”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

La Enfermera General
Silvia Robles Galván

Directora de Tesis:

M.S.P. MARÍA TERESA GUERRERO HERNÁNDEZ

MAYO 2010

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DE NIVELACIÓN DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS:

“ESLABÓN CRÍTICO EN DEFUNCIONES POR DIARREA EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN LAS AUTOPSIAS VERBALES DEL 2007 EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ”

ELABORADO POR:

Enfermera General
SILVIA ROBLES GALVÁN

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



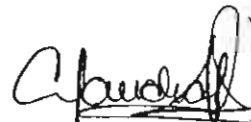
M.C. Monica Terán Hernández

SECRETARIO



M.S.P. María Teresa Guerrero Hernández

VOCAL



M.E.P. Claudia Elena González Acevedo

11 DE MAYO 2010

AGRADECIMIENTO

Primeramente doy gracias a Dios por darme una familia que me dio la oportunidad de estudiar esta carrera de servicio a los demás, gracias a mis padres por su esfuerzo tan grande para lograr lo que ahora soy, a mi esposo que se entregó al cien cuidando a mis hijos para yo poder venirme a estudiar, y a mis hijos por aguantar mi ritmo de vida, mi impaciencia y enojos, fue un esfuerzo grandísimo pero valió la pena, a la Secretaria de Salud por autorizarme la beca y la posibilidad de superación, y principalmente a mi asesora de tesis .M.S.P. María Teresa Guerrero Hernández que complementó mi formación en este curso de Nivelación de Licenciatura en Enfermería e hizo la diferencia en aprendizaje con el resto de mis compañeros.

Mil gracias a todos.

Sinceramente

Silvia

CONTENIDO	PAGINA
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema.	1
1.2 Justificación	3
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	4
2.1. General.	4
2.2. Específicos.	4
3. MARCO TEÓRICO.	5
3.1 La autopsia verbal como instrumento de planeación estratégica	5
3.2 Magnitud de las diarreas en el estado de San Luis Potosi	8
4. DISEÑO METODOLÓGICO	13
4.1. Tipo de estudio.	13
4.2. Operacionalización de variables.	13
4.3. Población de estudio.	13
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.	13
4.5. Procedimientos para la recolección y análisis de la información.	14
4.6. Implicaciones éticas.	14
5. RESULTADOS	15
5.1 Caracterización de las defunciones por diarrea en menores de 5 años con autopsia verbal.	15
5.2 Indicaciones médicas en la primera y segunda consulta.	24
6. DISCUSIÓN.	47
7. CONCLUSIÓN	51
8. RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
Anexos	
Anexo 1. Formato autopsia verbal.	
Anexo 2. Operacionalización de variables	
Anexo 3. Información para el análisis de la autopsia verbal.	
Anexo: 4. Instructivo de llenado.	
Anexo 5. Cronograma.	

Anexo 6. Clasificación de los municipios del estado.

Anexo 7. Autopsias verbales realizadas del 2000 al 2007 por municipio.

Anexo 8 Alimentación del menor.

Anexo 9 Higiene en los alimentos.

Anexo 10 Norma Oficial Mexicana 031-SSA-1999 para la atención a la salud del niño.

Anexo 11 Relación de tablas.

Anexo 12 Glosario de términos.

ÍNDICE DE CUADROS

	PAGINA
Cuadro 1 Distribución de Autopsias verbales por municipio	16
Gráfico 1 Autopsias Verbales Según Edad	17
Cuadro 2. Autopsias verbales por derechohabencia	18
Gráfico 2 Autopsias verbales distribuidas por hora de defunción	18
Cuadro 3. Causa de muerte según certificado de defunción	20
Cuadro 4. Tiempo de traslado en transporte habitual	21
Cuadro 5. Signos de alarma según autopsias verbales	22
Cuadro 6. Número de evacuaciones en 24 horas según autopsias verbales	23
Gráfico 3 Duración total de la enfermedad	24
Cuadro 7. Alimentación y rehidratación según autopsias verbales	25
Gráfico 4 Vacío todo el sobre de vida suero oral	25
Cuadro 8. Rehidratación oral según autopsias verbales	26
Cuadro 9. Tiempos en la rehidratación oral	27
Cuadro 10. Hidratación y automedicación según autopsias verbales	27
Gráfico 5 Nombre del medicamento	28
Cuadro 11. Motivo de consulta según autopsia verbal	29
Cuadro 12. Atención médica según las autopsias verbales	29
Cuadro 13. Tiempo de espera en atención médica según las autopsias verbales	30
Gráfico 6 Número de Consultas según las autopsias verbales	30
Cuadro 14. Alimentación e hidratación según las autopsias verbales	31
Cuadro 15. Educación sanitaria según autopsia verbal	33
Cuadro 16. Tratamiento médico según autopsia verbal	34
Cuadro 17. Cita abierta por complicaciones	34
Cuadro 18. Signos de alarma por educación sanitaria	35
Cuadro 19. Indicación de consulta de control según autopsia verbal	36
Cuadro 20. Reconocimiento de signos de alarma	38

Cuadro 21. Alimentación y rehidratación	39
Cuadro 22. Segunda consulta e indicaciones de alimentación y rehidratación	40
Cuadro 23. Segunda consulta y control	41
Cuadro 24 Signos de alarma y educación sanitaria	42
Cuadro 25. Referencia a hospital según autopsias verbales	42
Cuadro 26. Alimentación e hidratación en segunda consulta	44
Cuadro 27. Lugar de defunción según las autopsias verbales	44
Cuadro 28. Capacitación diarrea según las autopsias verbales	45
Cuadro 29. Educación a las madres según personal	46

RESUMEN

La finalidad de la presente investigación es abordar a través de eslabones críticos las defunciones por diarreas en menores de cinco años del 2007 en San Luis Potosí al describir la autopsia verbal como instrumento de planeación estratégica en la morbi-mortalidad que permita la mejora de los procesos de atención en pacientes con enfermedad diarreica aguda de las Unidades del Sector Salud.

Objetivo: Determinar los factores que incidieron en la defunción de menores de cinco años según las autopsias verbales por diarreas en San Luis Potosí.

Metodología: El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal se realizó en la totalidad de autopsias verbales por diarreas en menores de cinco el cual fue de 23.

Resultados: Del total de las defunciones por diarrea en menores de cinco años el 52.1% ocurrió en municipios con alto grado de marginación, en el 69.5% ocurrió en menores de un año, el 77.1% vivían a menos de una hora de distancia de la Unidad de Salud, todos presentaban algún signo de deshidratación en la primera consulta, el 66% murió antes de 48 horas de evolución del padecimiento, 30.4% suspendió seno materno, 60.9% suspendió alimentación por mas 4 horas, 34.8% le dio vida suero oral, el 91% recibió de 1 a 3 consultas médicas, el 26% falleció en el hogar, el 4.3% falleció en el consultorio, el 39.1% falleció en clínica u hospital, el 26.1% falleció en el traslado, 13% se ignora, solo el 21.7% recibió capacitación en detección de signos de alarma por deshidratación.

El factor clave es la primera consulta médica brindada, misma que fue determinante para que la resolución terminara en defunciones de los menores

SUMMARY

This research aims to address through critical links deaths by diarrhoea in children under five 2007 in San Luis Potosí to describe the verbal autopsy as a tool for strategic planning in the morbidity and mortality that allows improved care processes in patients with acute diarrhoeal disease of the units of the health sector.

Objective: Determine the factors that resulted in the death of under-five according to verbal autopsies by diarrhoea in San Luis Potosí.

Methodology: The present study is descriptive, retrospective, and transversal took place in the whole of verbal autopsies by diarrhoea in children under five which was 23.

Results: of the total number of deaths from diarrhoea in children under five years the 52.1% occurred in municipalities with high degree of marginalization in the 69.5% occurred in less than a year, the 77(1) % lived less than an hour away from the health unit, all showed any signs of dehydration in the first query, 66% died within 48 hours of evolution of the condition, 30.4% suspended maternal bosom, 60.9% suspended food by more 4 hours, 34.8% gave life oral serum, 91 per cent received 1 to 3 medical consultations, 26% died at home, the 4.3% died in Office, the 39.1% died in clinic or hospital, 26.1% died in transfer, 13% is ignored, only 21.7 per cent received training in detection of warning signs by dehydration.

The key factor is the first medical consultation provided same which was decisive for resolution ended in deaths of children

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Planeamiento del problema.

La magnitud de las enfermedades diarreicas agudas las ha colocado como un problema de salud pública de acuerdo a la OMS en 2007, en el mundo la morbilidad por enfermedades diarreicas agudas es de 1 300 millones de personas de las cuales 4 millones fallecen al año¹. En América Latina 77 600 menores de cinco años fallece² cada año lo que se traduce en 200 muertes diarias. En México se presentan 23 muertes por cada 1000 nacimientos³, representando el 24% de la mortalidad infantil por diarreas de uno a cuatro años⁴.

La diarrea es un problema de salud pública multifactorial predominando en países de bajo desarrollo con fecalismo al aire libre, deficiente red de drenaje y alcantarillado, con fuentes de abastecimiento de agua no apta para el consumo humano, deficientes medidas de higiene en la preparación de los alimentos, pobreza, desnutrición y analfabetismo⁵.

La principal causa de mortalidad infantil en América Latina son las enfermedades diarreicas agudas, sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en niños en el Caribe: Guatemala, Honduras y Costa Rica, la frecuencia y la distribución de las enfermedades diarreicas su impacto en la salud tienen relación con factores muy diversos en los países subdesarrollados entre ellos; la cultura, el nivel de escolaridad de la madres, estado de nutrición, la eliminación de desechos, higiene de los alimentos, el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos.^{6:7}

Entre las soluciones para enfrentar las diarreas como problema de salud pública en el mundo se puede hacer mención que las instituciones de salud a nivel mundial implementaron estrategias ante esta problemática de salud pública.⁸ En algunas regiones del mundo la autopsia verbal es el único método disponible para poder estimar la distribución de las causas de mortalidad. Si es un método que se utiliza sistemáticamente en más de 35 lugares

principalmente en África y Asia; para el análisis de la atención y como complemento del certificado de defunción.

Los programas desarrollados contra las enfermedades diarreicas, el incremento de la lactancia materna exclusiva.⁹ Las campañas de prevención de cólera¹⁰ instalación de los centros de hidratación oral en las unidades de salud, las casas de hidratación oral en las localidades, los programas de capacitación a médicos en atención primaria, capacitación en el manejo de diarrea en el hogar y la orientación a la madre o cuidador del menor sobre signos de alarma, la introducción de la vacuna contra rotavirus al nuevo esquema de vacunación son estrategias que han disminuido notablemente la presencia de casos.

La terapia de rehidratación oral es el recurso terapéutico más importante del siglo¹¹, en la reducción de la mortalidad que se ha producido en los últimos 20 años ha sido principalmente con la incorporación de sales de rehidratación oral, se avanzó en la instrumentación de un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas que permite disponer de información mensual de mortalidad y morbilidad y las conductas de la población sobre los factores de riesgo determinantes de las defunciones.¹² Finalmente se propone el uso de la autopsia verbal cuando se requiere contar con información confiable principalmente en países en vías de desarrollo.

En el presente estudio la autopsia verbal como instrumento de planeación estratégica en la morbi-mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años nos muestra las deficiencias en la calidad en la atención que desencadenaron la muerte del menor, siendo factor clave la primera atención otorgada al menor, omitiendo terapia de rehidratación aun estando presentes signos de deshidratación, citar a una segunda valoración, referir oportunamente a segundo nivel, capacitar a la madre o al cuidador en detección oportuna de signos de alarma.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En este contexto la realización de la presente investigación se justifica ya que para el año del 2005 las diarreas fueron la primera causa de mortalidad a nivel nacional en niños de 1 a cuatro años (SINAIS).¹³

- a. Las enfermedades diarreicas agudas en el 2005 fueron la primera causa de mortalidad en niños de uno a cuatro años por rotavirus. (SINAIS).
- b. Las enfermedades diarreicas agudas en el 2006 ocuparon el segundo lugar en atención pediátrica en San Luis Potosí.¹⁴ (SUAVE).
- c. En San Luis Potosí la tasa de mortalidad por diarreas fue de 3.5% para el 2004 (SINAIS).¹⁵
- d. Para el 2007 se presentaron 139,755 casos de diarreas en el Estado y 42, 180 en menores de cinco años.¹⁶

La trascendencia del presente estudio es que los resultados a nivel municipal y estatal serán utilizados para mejorar la calidad, de la atención al menor con diarrea, que actualmente acude al sector salud. Por tanto esta investigación trasciende como base de datos e instrumento de planeación estratégica en la disminución de la morbi-mortalidad en enfermedades diarreicas agudas en los menores de cinco años en San Luis Potosí por tanto para la Dirección Estatal de Vigilancia Epidemiológica constituye el primer estudio de esta naturaleza en San Luis Potosí.

En este marco cabe preguntarse: ¿Cuántas atenciones médicas previas recibieron?, ¿A cuántos se les prescribió esquema de rehidratación?, ¿En la primera consulta se le orientó sobre la detección de signos de alarma?, ¿En la primera consulta se le refirió a segundo nivel?

2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo general:

Determinar los factores que incidieron en la defunción de menores de cinco años según las autopsias verbales por diarreas en Estado de San Luis Potosí.

2.2 Objetivos específicos.

1. Describir la autopsia verbal como instrumento de planeación estratégica en la morbi-mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años.
2. Describir la magnitud de las diarreas en el estado de San Luis Potosí.
3. Caracterizar las defunciones por diarreas en menores de cinco años con autopsia verbal.
4. Identificar las indicaciones médicas en la primera y segunda consulta, y referencia a un hospital.
5. Determinar el lugar y tiempo del deceso.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La autopsia verbal como instrumento de planeación estratégica en la morbi-mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años.

En este apartado se aborda la importancia de la autopsia verbal en la planeación estratégica de la morbi- mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años.

La detección por eslabones críticos es un instrumento para transformar la información en conocimiento estratégico, cada caso de defunción por enfermedad diarreica aguda nos sirve para identificar errores: ya sea por omisión, por la demora, o por la insuficiente calidad en el servicio.^{17 18} Si encontramos en que eslabón del proceso de atención se pudo haber evitado la muerte podremos así evitar otras muertes siempre y cuando se mejore la oportunidad y calidad en procesos de atención¹⁹.

Esta metodología permite sintetizar la información para el análisis (evento rastreador y el evento trazador) para detectar errores que pueden corregirse en la atención directa y en los procesos de atención. Transformar la información en conocimientos estratégicos: para la prevención de defunciones y para detectar eslabones críticos en el proceso de atención.²⁰

Ante la necesidad de contar con una información confiable principalmente en países en vías de desarrollo donde la defunción ocurre en el hogar sin atención médica se propone esta técnica de recolección de información llamada autopsia verbal. La autopsia verbal es una metodología diseñada para diagnosticar la causa de muerte en ausencia de registros de información estadística, reconstruyendo signos y síntomas asociados al desarrollo de la enfermedad que produjo la defunción.

La autopsia verbal surge como una respuesta a la carencia de una fuente de información sobre morbilidad, mortalidad y las conductas de la población en torno a la defunción,²¹ en años recientes la autopsia verbal definida como una

entrevista dirigida a los familiares de la persona fallecida con el fin de evaluar los factores de riesgo, identificar la causa de muerte²² permite evaluar el proceso de atención de la enfermedad e identificar factores de riesgo de muerte²³

En el marco teórico la autopsia verbal constituye una estrategia de recolección de información, se usa para evidenciar las deficiencias en la demanda de los servicios de salud y su prestación principalmente²⁴

Diversos estudios han utilizado la autopsia verbal para identificar la magnitud de la mortalidad tanto en la población adulta como en la infantil. La autopsia verbal se ha utilizado para identificar las causas de muerte de diversos padecimientos como son: asfixia en el nacimiento, prematuridad o tétanos neonatal, ahogamiento de niños de 1 a 4 años, diarrea, sarampión, neumonía, infección respiratoria aguda, paludismo, anemia o desnutrición, seropositividad materna al VIH, muertes maternas, cáncer, tuberculosis, diabetes.²⁵

El análisis de las complicaciones del paciente y el escrutinio de las fallas del sistema de atención de esta información surge la identificación de oportunidades de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de más niños y niñas; cada defunción es representativa de otros niños que acuden a las unidades de salud que en condiciones similares.

La autopsia verbal es una alternativa que complementa la información del certificado de defunción, las primeras autopsias verbales en México se realizaron en el estado de Tlaxcala en 1992 y en Veracruz en la localidad de Jalancingo el 01 de noviembre de 1994 por presentarse las tasas más altas de defunción por enfermedad diarreica aguda, actualmente se utiliza en todo el sector salud. El estado de Tlaxcala ocupó en 1992 el primer lugar en mortalidad infantil por diarreas con una tasa de 3.83 por mil nacidos vivos registrados y en 1994 el sexto lugar con una tasa de 2.18 por cada mil nacidos vivos.²⁶

La autopsia verbal es una herramienta que nos proporciona conocimientos del estado de salud previo a la muerte y la atención otorgada, lo que nos permite transformar la información en conocimiento, conocer si su situación era prevenible o no y refleja si hubo error u omisión en la etapa curativa de la enfermedad y hacer correcciones en la aplicación del programa a nivel local.

Existen pocos estudios en relación al análisis y la interpretación de la información que éstas contienen. En la Secretaría de Salud de San Luis Potosí del año de 1999 a al 2007 se tiene un total de 235 autopsias verbales recolectadas de las VI Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud.

Jurisdicción No. I San Luis Potosí, Jurisdicción No. II Matehuala, Jurisdicción No. III Soledad de Graciano Sánchez. Jurisdicción No. IV Río verde, Jurisdicción No. V Ciudad Valles, Jurisdicción No. VI Tamazunchale.^{27, 28}

En caso de que la defunción ocurra en una localidad donde exista Centro de Salud es responsabilidad del personal de la Unidad la realización de la autopsia verbal con el apoyo del departamento de epidemiología de la jurisdicción sanitaria que le corresponde.

Requisitos para la elaboración de la autopsia verbal.²⁹

Que sea realizada:

- a. Por personal capacitado, de preferencia médico.
- b. Con participación del personal del departamento de epidemiología de la jurisdicción sanitaria que le corresponda.
- c. Secundario a un certificado de defunción cuya causa básica incluya alguna enfermedad diarreica (códigos A01 al A09 de la Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades),
- d. Prioritariamente con base en defunciones ocurridas en municipios de riesgo.

- e. Entre los 15 y 30 días posteriores a la defunción.
- f. Por medio de información otorgada por la madre o el familiar que estuvo durante la enfermedad con el niño fallecido.

En este capítulo se concluye que las autopsias verbales son el análisis y síntesis de la atención brindada por el personal de salud en los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención.

3.2 Magnitud de las diarreas en el estado de San Luis Potosí.

En San Luis Potosí de acuerdo al Diagnóstico de Salud emitido por el Centro Estatal para la Salud Infancia y Adolescencia de los Servicios de Salud en el estado, menciona que las defunciones por enfermedad diarreica en 1998 fue de una tasa de 26.23% en el año 2002: una tasa de 17.71%.³⁰

Actualmente los municipios que han presentado defunciones por diarrea en menores de 5 años se consideran de riesgo y son: Aquismón, Tancanhuitz, Cerritos, Ciudad del Maíz, Ciudad Valles, Ébano, Matehuala, Mezquitic de Carmona, Río verde, San Luis Potosí, Santa Catarina, Santa María del Río, San Vicente Tancuayalab, Soledad de Graciano Sánchez, Tamasopo, Tamazunchale, Tanlajas, Villa de Reyes, Villa de Hidalgo, Xilitla, Zaragoza, Matlapa.³¹

En este contexto los municipios que han realizado autopsias verbales son: San Luis Potosí con 41, Aquismón con 19, Ciudad Valles con 14, Ébano con 7, Mezquitic de Carmona con 6, Río verde con 13, San Luis Potosí con 41, Santamaría del Río con 7, San Vicente Tancuayalab con 6, Soledad de Graciano Sánchez con 13, Tamasopo con 10, Tanlajas con 11, Xilitla con 5, Zaragoza con 7, Matlapa con 6 autopsias verbales realizadas.

En la prevención y control de las enfermedades diarreicas México ha tenido avances significativos entre 1990 y 1996 la tasa por 100 000 menores de cinco años pasó de 125.6% a 38.4 % lo que significa una reducción de 69.4%³² El promedio de episodios diarreicos en los niños se redujo de 4.5 a 2.2 por año.

La reducción de la mortalidad por diarreas es de bajo costo si son acciones de saneamiento básico, y recursos terapéuticos sencillos con una efectividad muy alta en lo epidemiológico³³.

La población de menores de cinco años en el 2006 en el Estado de San Luis Potosí fue de 256,069 niños, el panorama epidemiológico de las enfermedades diarreicas: ocuparon el segundo lugar en atención médica pediátrica para el 2005-2006 que fue registrado en el sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud este muestra las 10 principales causas de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 en pediatría.³⁴ (SINAIS).

La alimentación del niño y la niña juega un papel importante en el proceso enfermedad del menor, una buena nutrición ayuda a la pronta recuperación de las dos complicaciones más frecuentes son la deshidratación y la desnutrición ambos si no son tratados oportunamente pueden ocasionar la muerte. La deshidratación aparece cuando el niño ha perdido grandes cantidades de agua y sales minerales; lo más urgente es dar abundantes líquidos y vida suero oral, continuar con su alimentación habitual para ayudarlo a recuperar las sales y el agua perdida.³⁵

Las enfermedades diarreicas, gastroenteritis, o síndrome diarreico se define como la presencia de heces líquidas o acuosas generalmente en un número mayor a tres en 24 horas en su mayoría son infecciosas y de carácter autolimitante, fisiológicamente es un proceso de secreción activa de la pared intestinal en que la absorción esta disminuida, la enfermedad en la mayoría de los casos es autolimitante y las defunciones son ocasionadas por las complicaciones de esta como es la deshidratación como lo es en el 70 % de los casos³⁶.

De acuerdo al Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica en el año 2006 en el Estado en primer lugar lo ocuparon: infecciones intestinales por otros microorganismos con 1412 casos, en segundo: amibiasis intestinal con 72

casos, en tercero giardiasis con 36 casos, en cuarto: intoxicación alimentaria bacteriana con 25 casos, en quinto: otras infecciones intestinales debidas a: con 19 casos, en sexto: shigelosis, en séptimo: paratifoideas y otras salmonelosis con 3 casos. Son causantes hasta del 80% de los casos.³⁷(SUAVE 2006).

En México la identificación del agente se realiza por laboratorio predominando en niños, para detectar el agente causal no necesariamente se requieren de exámenes de laboratorio ya que en algunos casos por valoración clínica se diagnóstica. Las EDA'S asociadas a rotavirus tienen un perfil estacional, su pico máximo se presenta entre los meses de invierno (enero a marzo). El 81% de los casos de diarrea por rotavirus se presentan en niños de hasta un año de edad y el 90% se presenta en niños de hasta dos años de edad.³⁸

Con los marcos de referencia encontrados podemos considerar que las enfermedades diarreicas agudas en niños es multifactorial influyendo considerablemente el grado de saneamiento básico en el hogar, el manejo adecuado de excretas y agua potable.

En relación a la salud del menor si tiene algún grado de desnutrición, ausencia de lactancia materna, deficiente higiene personal, deficiencia de vitamina "A", bajo peso al nacer, esquema de vacunación incompleto, contaminación de agua y alimentos con materia fecal, deficiente capacitación de la madre en el manejo higiénico de los alimentos. La presencia de factores ambientales que propicien la contaminación del agua con materia fecal determina mayor exposición a los agentes microbianos que causan la diarrea lo que a su vez condiciona el permanente riesgo de enfermar.³⁹

En México el programa nacional de control contra las enfermedades diarreicas se instaló en 1984 inició como un programa de promoción de la rehidratación oral siguiendo los lineamientos de la organización mundial de la salud, se le conoce como uno de los más grandes avances de la medicina en la

disminución de la mortalidad por diarreas siendo México la primera experiencia documentada.⁴⁰

En 1979 se estableció el servicio de rehidratación oral en el hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizaron la fórmula recomendada por la organización mundial de la salud iniciando institucionalización de servicios con actividades asistenciales y de capacitación al personal de salud en el uso de la terapia de rehidratación oral.⁴¹

En julio de 1983 se instaló un subgrupo interinstitucional de rehidratación oral en casos de diarrea que propusieron que la terapia de rehidratación oral fuera el fundamento de las actividades organizadas en el combate de las diarreas, en 1992 surge el programa nacional de control de enfermedades diarreicas (PRO NACED) en este periodo se publicaron manuales técnicos normativos de capacitación al personal sobre el manejo de las diarreas, capacitando al personal directivo para la conducción de programas estatales, gestionaron recursos para el abasto de sales de hidratación en todas las unidades.⁴²

En septiembre de 1990 se celebró la Cumbre Mundial a favor de la infancia, en respuesta a los compromisos establecidos en 1992 se definió reducir en un 50% la mortalidad por enfermedades diarreicas, el 5 de diciembre de 1992 el Sector Salud propuso los lineamientos generales del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas 1993-1994. Para lograr el control de las diarreas por ser multicausal, el 6 de abril de 1993 se instaló por Decreto Presidencial el Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (CONOCED).⁴³

La terapia de rehidratación oral por su bajo costo, eficacia y sencillez permite reducir en el corto plazo la mortalidad por enfermedades diarreicas, siempre que esté al alcance de la población, es necesaria la participación organizada de la sociedad (sector público, social, privado) en el desarrollo de actividades de prevención y control de enfermedades como es el avance en servicios públicos (alcantarillado, drenaje, agua potable) que ha marcado la pauta en un mejor estilo y condición de vida.⁴⁴

Actualmente los indicadores en la cruzada nacional por la calidad (SiCalidad) de los servicios en la atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda se contemplan los siguientes:

1. Registro de valoración de estado de hidratación
2. Registro de continuar con la alimentación habitual.
3. Registro de esquema de hidratación.
4. registro de capacitación a la madre o al cuidador del menor de cinco años sobre identificación de signos de alarma; es de gran importancia que son monitoreados bimestralmente por el responsable del programa de calidad o por el responsable de programa en las unidades de salud de las jurisdicciones sanitarias.

4. DISEÑO METODOLÓGICO:

Este estudio utiliza el método cuantitativo porque: cuantifica las consultas previas que recibieron los niños, con qué frecuencia fueron citados, suspensión o no de la alimentación, automedicación en el hogar, y la valoración del estado de hidratación de los niños menores de 5 años con autopsia verbal por defunción por diarrea.

4.1 Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal porque se analizan las características de la atención otorgada, identificando los eslabones críticos en la atención del niño en el hogar y unidades de primer y segundo nivel de atención durante el evento que condujo al deceso. Es trasversal porque analiza las autopsias verbales del 2007 en el Estado de San Luis Potosí y analítico por que a través de eslabones criticos se interpretara la información contenida en las autopsias verbales.

4.2 Operacionalizacion de Variables. (Anexo 2).

En este estudio se emplearon las siguientes variables:

Alimentación en el hogar, hidratación en el hogar, medicación en el hogar, Indicaciones en la primera consulta, indicaciones en la segunda consulta, referencia a hospital en la segunda consulta, lugar de deceso, capacitación.⁴⁵

4.3 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por el total de autopsias verbales por diarreas en menores de cinco años realizadas en el Estado de San Luis Potosí en el año 2007 el cual fue de 23. Para obtener el número total fue necesario establecer coordinación con la responsable estatal de enfermedades diarreicas quien otorgo la información del número de autopsias verbales realizadas por municipio en el Estado.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión se establecen de acuerdo a la tasa de mortalidad en los menores de cinco años.

1. Autopsias verbales por diarreas con información completa.
2. Autopsias verbales realizadas en el Estado de San Luis Potosí en el periodo comprendido del 2007

Los Criterios de exclusión

1. Autopsias verbales incompletas.
2. Autopsias verbales elaboradas fuera del periodo establecido.

4.5 Procedimientos para la recolección y análisis de la información:

Los procedimientos para recolección de la información: Se utilizó el formato de autopsias verbal de defunción por enfermedad diarreica normado por la Secretaria de Salud en la Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño para el análisis de la mortalidad por diarreas.

Este instrumento está constituido por 10 apartados.

1. Identificación.
2. Datos del Certificado de Defunción
3. Instructivo para el entrevistador.
4. Datos del responsable del menor de cinco años.
5. Padecimiento.
6. Atención recibida en el hogar.
7. Primera atención fuera del hogar.
8. Consulta(s) subsecuente(s).
9. Lugar de la defunción.
10. Capacitación.

Para el análisis de la información se usó la base de datos en S.P.S.S. y se utilizaron estadísticas descriptivas.

4.6 Implicaciones éticas.

El presente estudio se apegó a la Ley General de Salud en el Art. 14 en sus fracciones V que hace referencia al consentimiento informado, así mismo esta investigación se presentó al comité de ética de los Servicios de Salud de San Luis Potosí el día 25 de febrero del 2008 otorgando el registro estatal SLP/134-2008 el cual lo declara sin riesgo.

5. RESULTADOS.

5.1 Caracterización de las defunciones por diarrea en menores de 5 años con autopsia verbal.

De un total de 23 autopsias verbales realizadas en el Estado de San Luis Potosí en el año 2007 el 47.82% fue en Zona Huasteca, el 8.69% de la Zona Altiplano, el 21.7% en la Zona Media, el 17.39% de la Zona Centro. De éstos el 52.16% corresponde a municipios con alto grado de marginación: Aquismon, Santa Catarina S.L.P. Matlapa, Axtla de terrazas, Huehuetlan, Xilitla, Tamazunchale, Villa de Arriaga, Ciudad del Maíz, Villa de Zaragoza, Mezquitic de Carmona; el 13.04% de mediano grado de marginación, Tamuin, Ciudad Fernández, y el 34.80% con bajo grado de marginación: Ciudad Valles, Cárdenas, Villa de Pozos, San Luis Potosí.⁴⁶(Cuadro 1).

El mayor número de autopsias verbales fueron registradas en Ciudad Valles con un 13% seguida de San Luis Potosí, Matlapa, Villa de Arriaga, Villa de Zaragoza y Ciudad Fernández con un 8.7 respectivamente, sin embargo cabe destacar que los registros se dan en 17 municipios de los cuales 10 corresponden a la Huasteca, y 7 corresponden a la zona centro.

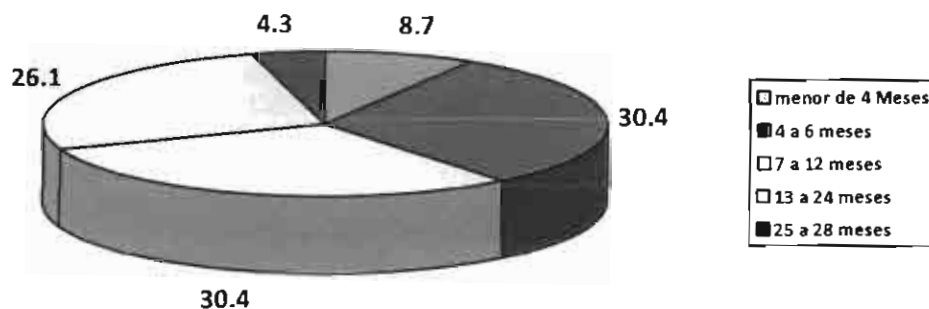
Cuadro 1. Distribución de Autopsias verbales por municipio
 San Luís Potosí
 Enero-diciembre 2007

Municipio	frecuencia	porcentaje
San Luís Potosí	2	8.7
Mezquitic	1	4.3
Ciudad valles	3	13
Santa Catarina	1	4.3
Aquismón	1	4.3
Matlapa	2	8.7
Villa de Arriaga	2	8.7
Villa de Zaragoza	1	4.3
Villa de pozos	1	4.3
Axtla de terrazas	1	4.3
Huehuetlan	1	4.3
Xilitla	1	4.3
Tamazunchale	1	4.3
Ciudad del Maíz	1	4.3
Tamuín	1	4.3
Cárdenas	1	4.3
Ciudad Fernández	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarrea

Del total de las autopsias verbales de niños menores de cinco años el 69.86% corresponde a niños menores de 1 año de estos el 60.8% fueron niños de 4 a 12 meses de edad etapa que coincide con el inicio de la ablactación y disminución de la lactancia materna exclusiva. (Grafico 1). El 56.5 % corresponde al sexo masculino y el 43.5% al sexo femenino.

Gráfico 1 Autopsias Verbales Según Edad
 San Luis Potosí
 Enero – diciembre 2007



Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 73.9% de las defunciones ocurrieron en población sin derechohabiencia, ya que se presentaron en unidades de la Secretaría de Salud que atiende a población abierta. (Cuadro 2). A partir del sexenio del presidente Felipe Calderón Hinojosa por decreto presidencial inicia el Seguro Médico para una nueva Generación otorgando seguridad social a todo niño que naciera a partir de esta fecha afiliando a su familia favoreciendo al recibir atención médica familiar gratuita evitando un gasto catastrófico en salud. Es decir invirtiendo dinero en salud afectando el ingreso económico familiar

En la hora de la defunción el mayor número de éstas se presentó de las 4:00 a.m. a las 10:00 a.m., la mediana fue a las 10:00 hrs. La moda si registra 4:00 a.m. como la hora de mayor ocurrencia de las defunciones (Gráfico 2)

Cuadro 2. Autopsias verbales por derechohabiencia

San Luis Potosí

Enero-diciembre 2007

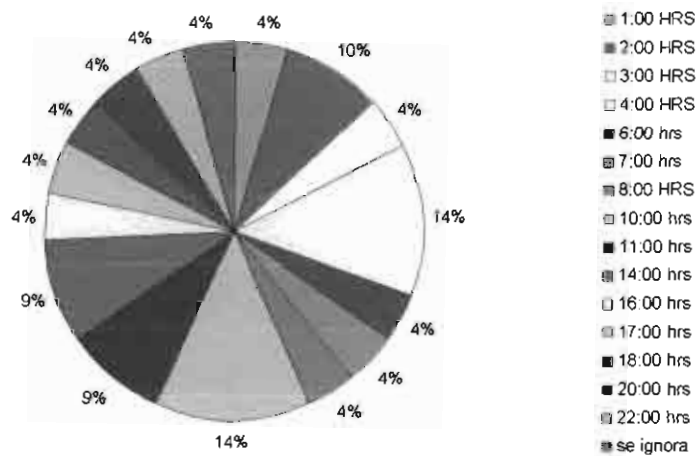
derechohabiencia	frecuencia	porcentaje
IMSS	5	21.7
SSA	17	73.9
No menciona	1	4.3
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas.

Gráfico 2 Autopsias verbales distribuidas por hora de defunción

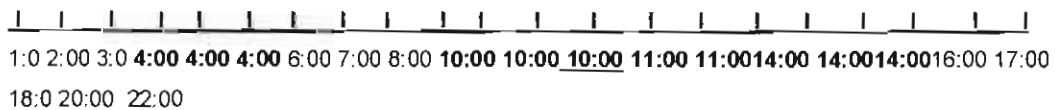
San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007



Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Colocación de las muertes según horario



Con relación a la causa de muerte registrada en el certificado de defunción el 47% de las autopsias verbales registra como causa de muerte deshidratación

severa, y desequilibrio hidro-electrolítico, y el 42% fue por shock hipovolémico séptico, mixto e incluso perforación intestinal. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Causa de muerte según certificado de defunción
San Luis Potosí
Enero-diciembre 2007

Causa de muerte en autopsias verbales	frecuencia	porcentaje
Perforación intestinal, Ileon metabólico, enfermedad diarreica aguda, shock mixto.	1	4.3
Deshidratación severa, síndrome diarreico agudo, desnutrición.	1	4.3
Deshidratación severa, gastroenteritis probablemente. Infecciosa.	1	4.3
Deshidratación, diarrea, hipertermia.	1	4.3
Desequilibrio hidro-electrolítico, deshidratación severa, enfermedad diarreica aguda.	1	4.3
Deshidratación, gastroenteritis.	1	4.3
Choque hipovolémico, desequilibrio hidro-electrolítico, desequilibrio ácido base.	1	4.3
Choque hipovolémico, paro intestinal.	2	8.7
Desequilibrio hidro-electrolítico, Enfermedad diarreica aguda.	1	4.3
Choque hipovolémico, deshidratación severa, gastroenteritis.	1	4.3
Gastroenteritis infecciosa natural.	1	4.3
Deshidratación severa, desequilibrio hidro-electrolítico, gastroenteritis.	1	4.3
Choque hipovolémico, desequilibrio hidro-electrolítico, gepi.	1	4.3
Deshidratación severa, desequilibrio hidro-electrolítico, gastroenteritis probablemente infecciosa, síndrome hemético secundario.	2	8.7
Desequilibrio hidro-electrolítico, gastroenteritis mixta, (bacteriana y parasitaria)	1	4.3
Choque séptico, desequilibrio hidr-electrolítico, síndrome diarreico.	1	4.3
Choque hipo-volémico, gastroenteritis.	1	4.3
Choque séptico, sepsis severa, gastroenteritis, neumonía, síndrome de down, paro cardiorrespiratorio, Crisis convulsivas, toxoplasmosis congénita, microcefalia (hidranencefalia).	1	4.3
Deshidratación 4 días, paro cardiorrespiratorio, gastroenteritis.	1	4.3
Total:	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

03 21 96

Con relación al informante el 65.2% fue la madre del niño, el 10% fueron menores de 20 años, el 17.4% fue la abuela y en el 9% fueron el padre o la tía. De estos el 56.5% refirió que sabe leer y escribir, y en el 21.7% no hay datos lo que indica registro incompleto de un documento oficial. El 21.7% de las informantes tenía de 20 a 24 años y el 8.7% de 15 a 19 años.

En relación al tiempo de traslado en transporte habitual del hogar a los Servicios de Salud el 73.9% estaban a 15 o 20 min. De la unidad de salud a donde fueron atendidos y solamente el 8.7% estuvo de 1 a 2 horas. Las autopsias verbales muestran que la mayoría de las defunciones tenían acceso a los Servicios de Salud a no más de 15 a 20 minutos. (Cuadro 4). Por tanto la accesibilidad geográfica a los servicios no fue un factor condicionante en la complicación de la diarrea.

Cuadro 4. Tiempo de traslado en transporte habitual
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Tiempo de traslado	frecuencia	porcentaje
Menos de una hora (de 15 a 20 minutos).	17	73.9
1 hora	2	8.7
2 horas	2	8.7
Se ignora.	2	8.7
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por *diarreas*

Con relación a la valoración de signos de alarma el 70% de los niños presentaron vómito porcentaje que puede incrementarse a 78.3 % y en 8.7% de las autopsias verbales no se registró el dato. La presencia del vómito está indicando el riesgo de deshidratación y esta como principal causa de la muerte del menor de cinco años. El hundimiento de la fontanela se registra que en el 61% no se presentó este signo no obstante la frecuencia de vómito y el registro

de deshidratación como principal causa de muerte de la autopsia puede considerarse que se omitió la valoración de fontanelas. (Anexo tablas 8)

El 56.5% de los niños presentó ojos hundidos que también podría incrementarse a 65.2% ya que en el 8.7 % se omitió el registro en la autopsia verbal, el 65.2% presentó boca seca que pudiera elevarse a 73.9% ya que en el 8.7% no registraron o se omitió la valoración de este signo.

El signo de mucha sed se presentó en un 65.2% tendiendo a elevarse a 79.9 %. En cuanto al signo de inquieto e irritable el 60.9% lo presentó el signo pudiendo elevarse a 69.8 % por el subregistro en la información, el signo de la anorexia se presentó en el 43.5% elevándose al 53.5% por el subregistro en el 13%, por tanto solo en el 43.5% se mantuvo la alimentación.

En aporte 17.4% de los niños se registra que el menor estaba en estado deshidratación severa situación que se podría incrementar a 30.4% ya que en 13% de los expedientes u autopsias verbales no se registra este dato. El 52.2% de las autopsias registra que el niño sigue mixionando, por tanto el 17.4% presentó anuria franca, sin embargo el subregistro de 30.4% pudiera incrementarse a 47%. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Signos de alarma según autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Signos de alarma	Si		No	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Presencia de vómito	16	69.6	5	21.7
Fontanela hundida	6	26.1	14	60.9
Ojos hundidos	13	56.5	8	34.8
Boca seca	15	65.2	6	26.1
Mucha sed	15	65.2	4	17.4
Inquieto e irritable	14	60.9	7	30.4
Dejo de comer	10	43.5	10	43.5
Dificultad para despertar	4	17.4	16	69.6
Dejó de orinar	4	17.4	12	52.2

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 26% de las autopsias se registra que presentó de 8 a 12 evacuaciones en 24 horas y 21.7% de niños que presentaron de 5 a 7 evacuaciones, (47.8%) llama la atención que el 13% presentó entre 3 y 4 evacuaciones, esto puede traducirse en un subregistro entre un 21.7% pudiendo elevar los porcentajes. (Cuadro 6).

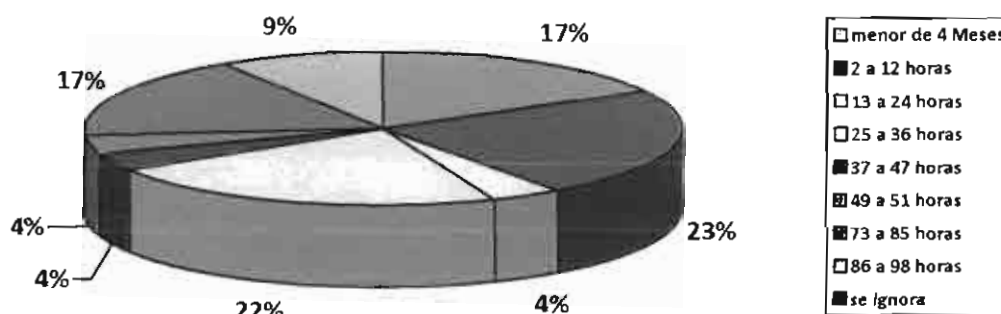
Cuadro 6. Número de evacuaciones en 24 horas según autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Evacuaciones en 24 horas	frecuencia	porcentaje
3 a 4	3	13
5 a 7	5	21.7
8 a 12	6	26.1
Constante	1	4.3
13 a 17	1	4.3
18 y mas	1	4.3
No recuerda	1	4.3
Se ignora	5	21.7
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Según las autopsias verbales la muerte en los niños ocurre con una evolución muy corta del padecimiento: el 39.1% fallecieron en las primeras 24 horas, el 26% en el segundo día, en el tercer día el 4.3% y el 21.7% en el cuarto día. Nuevamente hay un subregistro del 8.7 % en las autopsias verbales. (Grafico 3)

Gráfico 3 Duración total de la enfermedad
 San Luis Potosí
 Enero–Diciembre 2007



Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

5.2 Indicaciones médicas en la primera y segunda consulta.

Sobre la atención brindada en el hogar se registra que el 56.5% de los niños recibió la primera atención en el hogar. Y el 47.8% de las madres no suspendió la alimentación al seno materno considerando a los niños menores de un año, el 80% de las madres siguió amamantándolos.

El 47.8% no suspendió el seno materno, pudiéndose incrementar a un 69.6% por el subregistro en las autopsias verbales, El 70% no suspendió la alimentación habitual, pero solamente el 34.8% suministro en casa vida suero oral. (Cuadro 7). Cabe señalar que los médicos fueron muy pocos los que indicaron un esquema de hidratación.

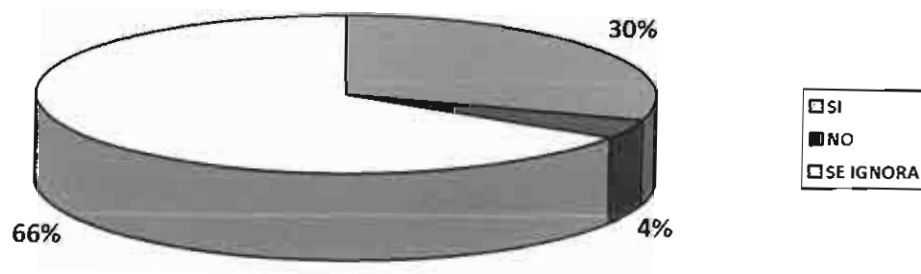
Cuadro 7. Alimentación y rehidratación según autopsias verbales
 San Luis Potosí
 Enero -diciembre 2007

Alimentación y rehidratación	si		No	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Suspendió el seno materno	11	47.8	7	30.4
Suspendió alimentos por mas de 4 horas	6	26.1	14	60.9
Le dio vida suero oral	8	34.8	8	34.8

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

que el 26% lo preparó en una cantidad menor a un litro de agua y nuevamente un subregistro en un 56.5% en donde se ignora de cómo fue preparado el suero. En el 65.2% se ignora este registro lo que indica que el encuestador no tiene claro la importancia de recabar la información en relación al vida suero oral y rehidratación del menor.

Gráfico 4 Vacío todo el sobre de vida suero oral
 San Luis Potosí
 Enero – Diciembre 2007



Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En relación a la dosificación del vida suero oral administrado en el hogar fue muy diversa en un 39.1% y en el 60.9% nuevamente aparece un subregistro en la autopsia verbal lo que traduce la necesidad de estandarizar nuevamente los esquemas y planes de cuidados. Con relación al momento de administración de vida suero oral fue muy diversificado lo que se traduce en un desconocimiento del esquema de rehidratación en el hogar. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Rehidratación oral según autopsias verbales

San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Cantidad suministrada	frecuencia	porcentaje
1 tazas	1	4.3
2 tazas	1	4.3
Un biberón	1	4.3
Una jeringa	1	4.3
Cada media hora una cucharada	1	4.3
Un vaso cada 2 horas	4	17.4
Se ignora	14	60.9
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En este cuadro la información es muy variable lo que muestra que el médico no indicó un esquema de hidratación y el cuidador del menor rehidrató a su criterio, se observa que en el 65.2% de las autopsias verbales se ignora este dato, lo que nos hace pensar que el encuestador no le da el peso que tiene éste apartado del documento, siendo primordial el contar con información completa que refleje la cusa de la deshidratación si fue por intolerancia a la vía oral o por la insuficiente ingesta de electrolitos. (Cuadro 9).

Cuadro 9. Tiempos en la rehidratación oral
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Cada cuando le dió el suero	frecuencia	porcentaje
Después de cada evacuación o frecuentemente.	2	8.7
Solo una vez.	1	4.3
1 taza por hora.	1	4.3
Después de cada vómito	1	4.3
2 días	1	4.3
Cada que lo veía que quería agüita.	1	4.3
Todo el día	1	4.3
Se ignora.	15	65.2
Total.	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Al revisar la interrogante si le administraron otro tipo de suero para rehidratar al menor el 52.2% es negativo, el 13% puede variar alguno de estos porcentajes debido a un 34.8% se ignora el dato. (Cuadro 10).

Cuadro 10. Hidratación y automedicación según autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

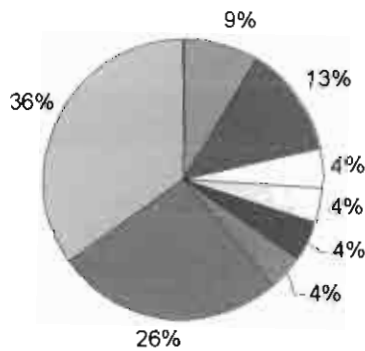
Hidratación y automedicación	si		No	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Le dió otro tipo de suero	3	13	12	52.2
Le dio te u otro liquido en mayor cantidad de lo habitual	2	8.7	12	52.2
Le dio alguna medicina	8	34.8	9	39.1

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 52.2% no rehidrataron a los niños con otros tés o líquidos según las autopsias verbales, puede variar este porcentaje debido a que en el 39.1% se ignora, el 39.1% no le dió alguna medicina, el 34.8% si, habiendo la posibilidad de variar alguno de estos porcentajes, debido a que el 26.1% se ignora, el 34.8% no dió otro tipo de medicamento, el 26.1% se ignora esta información, en el resto es muy variable.

Gráfico 5 Nombre del medicamento

San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007



- no recuerda
- paracetamol en gotas
- no contestó
- Dimacol
- Mejoradito
- furazolidona, diyodohidroxiquinoleina, caolin 200 y pectina 100 homatropina
- se ignora

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 89.2% fue en compañía de alguien a la consulta médica, pudiendo incrementarse ya que el 13% se ignora la información.

En este cuadro muestra que la madre o el cuidador de menor tenía la certeza de que el estado de salud del niño no era bueno, se observa deshidratación franca, no mejoría, se puso grave con 8.7 % cada una, porque lo veía muy enfermo, por lo que decide acudir a consulta. (Cuadro 11).

Cuadro 11. Motivo de consulta según autopsia verbal

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Motivo de consulta	frecuencia	porcentaje
Porque no quería comer	1	4.3
Porque tenía mucha diarrea y ojos hundidos.	1	4.3
Diarrea.	2	8.7
Porque estaba mala	1	4.3
Porque recibió tratamiento sin prescripción médica.	1	4.3
Tenía vomito, diarrea y calentura.	2	8.7
Porque no mejoraba.	1	4.3
Porque lo llevaron con médico particular debido a que la niña se veía muy mal.	1	4.3
Tenía gomito.	1	4.3
Porque la diarrea no cedía.	2	8.7
Porque se veía muy mal.	1	4.3
Se puso más grave.	1	4.3
Porque estaba muy malito	1	4.3
Porque tenía fiebre, vómito, y dejó de comer.	1	4.3
Fiebre y vomito.	5	21.7
Se ignora	0	0
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 78% de los casos recibió atención médica, por lo menos una atención médica, el 13% no se encontraba el doctor, y el 8.7 % no recibió. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Atención médica según las autopsias verbales

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Recibió atención	frecuencia	porcentaje
Si	18	78.3
No	2	8.7
No estaba el doctor	3	13
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El tiempo de espera para recibir atención médica según lo reportado en las autopsias verbales fue: el 56.5% de las autopsias informan que llevaron a recibir atención médica a las pocas horas de estar enfermo, pudiendo aumentar a un 78.2% por aquellos en los que se ignora el dato, en un 21.7% en días de evolución. (Cuadro 13).

Cuadro 13. Tiempo de espera en atención médica según las autopsias verbales

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Tiempos de espera	frecuencia	porcentaje
Horas	13	56.5
Días	5	21.7
Se ignora	5	21.7
total	23	100

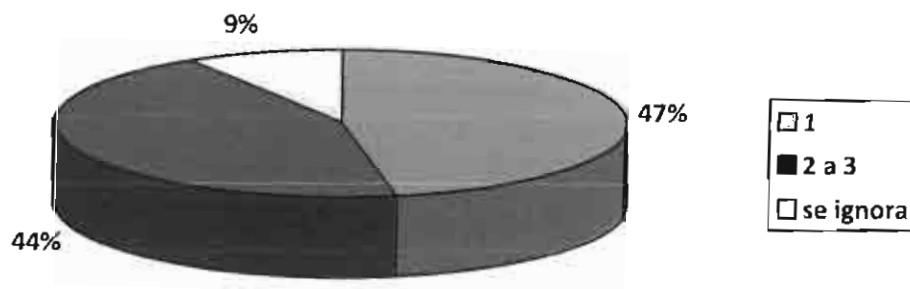
Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Las autopsias verbales reportan que en un 47.8% llevaron al menor solo a una consulta, pudiendo incrementarse a un 56.5% por las autopsias en donde se ignora el dato, casi la mitad de las autopsias 43.5% muestran que el menor recibió de 2 a 3 consultas médicas antes de la defunción (Gráfico 6).

Gráfico 6 Número de Consultas según las autopsias verbales

San Luis Potosí

Enero – Diciembre 2007



Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas.

El 47.8% no era alimentado al seno materno, pudiéndose incrementar a un 56.5%, por aquellas autopsias en las que se ignora el dato. El 39.1% no lo suspendió por lo que consideramos que eran alimentados al seno materno y ser menores de 1 año, el 82.6 % no suspendió la alimentación pudiéndose incrementar a un 95.6% por las autopsias que no especifican y se ignora el dato.

El 47.8% no suspendió el vida suero oral, el 8.7% se ignora lo que pudiera incrementar a un 56.5% cabe hacer mención que el 43.5% si suspendió el vida suero oral. (Cuadro 14).

Cuadro 14. Alimentación e hidratación según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Alimentación e hidratación	si		no		Se ignora	porcentaje
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje		
Suspendió el pecho por más de 4 horas	0	0	9	39	2	39.1
suspendió alimentos por más de 4 horas	1	4.3	19	82.6	2	4.3
Suspendió vida suero oral	10	43.5	11	47.8	2	43.5

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En el 56.5% de las autopsias verbales se ignora el dato en relación si indicaron como preparar el sobre del suero, está en el 13% no le dieron indicación alguna, y solamente en el 26.1 %, reflejando que el entrevistador no tenía como prioridad conocer esta respuesta, siendo de las más importantes debido a que la defunción del menor gira en torno a la deshidratación.

En el 73.9% de las autopsias verbales se ignora si preparó el sobre de suero en un litro de agua, haciendo notar el desconocimiento del encuestador de la

importancia de contar con información completa que refleje el porqué el menor se deshidrató y se complicó y solo en un 26.1 % si les indicaron que lo preparara en un litro de agua, el 78.3% se ignora si se indicó que usara todo el sobre y el 21.7% si le indicaron que usara el sobre de vida suero oral, nuevamente se refleja el desconocimiento del encuestador en relación a los puntos clave que podríamos encontrar en estas variables de información.

En el 78.3% de las autopsias verbales se ignora si indicaron que revolvieran bien sobre con el fin de disolver las sales, y favorecer la ingesta homogénea de sales no solamente de agua, solamente en el 4.3% de las autopsias verbales no les dieron esta indicación, nuevamente se refleja el desconocimiento del encuestador en esta variable.

En el 78.3 % de las autopsias verbales se ignora la información en relación a si les dieron la indicación de administrar vida suero oral después de cada evacuación o frecuentemente, solamente en el 21.3% de estas reporta que si, nuevamente se refleja la falta de conocimiento del encuestador al pasar por alto estas preguntas del documentó que son de gran peso debido a que nos pueden dar indicios del porque el menor se complicó por medio de la deshidratación.

En el 73.9% de las autopsias verbales no se les indicó otro tipo de suero, pudiéndose incrementarse a un 91.3% por las autopsias en donde se ignora esta información, en el 73.9%de las autopsias no se le administró algún té u otro líquido, pudiéndose incrementar a un 95.6% por aquellas autopsias en las que se ignora dicho dato. El 34.8% de las autopsias verbales informan que no les indicaron algún medicamento pudiendo incrementarse a un 47.8% por las autopsias que no reportan esta información, igualándose al 47.8% que si les indicaron medicamento alguno. (Cuadro 15).

Cuadro 15. Educación sanitaria según autopsia verbal
 San Luis Potosí
 Enero- diciembre 2007

Rehidratación y educación sanitaria	Si		No		Se ignora	porcentaje
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje		
Le indicaron como lo preparara el v.s.o.	6	26.1	3	13	13	56.5
Que lo preparara en un litro de agua	6	26.1	0	0	17	73.9
Que usara todo el sobre	5	21.7	0	0	18	78.3
Que lo revolviara bien	4	17.4	1	4.3	18	78.3
Que se lo diera después de cada evacuación frecuente	5	21.7	0	0	18	78.3
Le indicó otro suero	0	0	17	73.9	4	17.4
Té u otro líquido	1	4.3	17	73.9	5	21.7
Le indicó alguna medicina	11	47.8	8	34.8	3	13

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En el caso de las diarreas el tratamiento farmacológico fue muy variado, el medicamento que mas fue indicado con un 39.8% fue la eritromicina, (Cuadro 16)

Cuadro 16. Tratamiento médico según autopsia verbal

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Tratamiento	Frecuencia	porcentaje
Supositorio	1	4.3
Desconoce	1	4.3
No recuerda	4	17.4
Bonadoxina, temprá, amoxicilina.	1	4.3
Paracetamol, trimetropim con sulfametoxazol.	1	4.3
Amikacina amp.100 mg, bonadoxina amp. .5, temprá jarabe c. 6 hrs.	1	4.3
Eritromicina, paracetamol.	2	8.7
Bonadoxina, treda, gentamicina.	1	4.3
Ninguna.	9	39.8
Se ignora	2	8.7
Total.	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En el 52.2% de las autopsias muestran que no les dieron indicación de regresar si presentaba otras molestias, pudiéndose incrementar este a 69.6% debido a que en un 17 % se ignora, solamente al 21.7% si le dieron indicación de regresar, (Cuadro 17).

Cuadro 17. Cita abierta por complicaciones

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Le dio indicaciones	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.7
No	12	52.2
No la quisieron atender porque ya no había consulta.	1	4.3
La trasladaron de emergencia a hospital de Cd. Valles.	1	4.3
Lo ignora.	4	17.4
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 47.8% de las autopsias verbales muestran una clara deficiencia en educación sanitaria en el cual la madre o cuidador del menor ignoran cuales son los signos de alarma pudiéndose incrementar a 78.2% por las autopsias verbales en donde se ignora la información, los indicadores de calidad en la atención al menor con enfermedad diarreica aguda tienen 8 años de vigencia no se a logrado consolidar estas como parte elemental en las orientaciones que el médico debe de otorgar a la madre o al cuidador del menor de 5 años en relación a los signos de alarma. (Cuadro 18).

Cuadro 18. Signos de alarma por educación sanitaria

San Luis Potosi

Enero- diciembre 2007

Signos de alarma	frecuencia	porcentaje
Fiebre, evacuaciones con sangre, sed intensa, poca ingesta de líquidos y alimentos, vómitos frecuentes, muchas heces.	1	4.3
Nada.	7	30.4
Si continuaba con diarrea que la llevara.	1	4.3
Si seguía con diarrea, boca seca, ojos hundidos.	1	4.3
Si seguía con diarrea y vomito.	1	4.3
Se ignora.	1	47.8
No la quisieron atender porque ya no habia consulta.	11	4.3
Total.	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarrea

En el 39.1% de los casos no se le indico cuando debía de regresar a una consulta control para valorar su estado de salud existiendo la posibilidad de incrementarse a un 86.9% por aquellas autopsias en donde se ignora esta información. (Cuadro 19).

Cuadro 19. Indicación de consulta de control según autopsia verbal
 San Luis Potosí
 Enero- diciembre 2007

tiempo	frecuencia	porcentaje
Al día siguiente.	2	8.7
3 días después.	1	4.3
No.	9	39.1
Se ignora.	11	47.8
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarrea

El 39.1% de las autopsias verbales reportan que no les indicaron como reconocer si el niño se agravaba, con la posibilidad de incrementarse a un 82.6% por aquellas autopsias en las que se ignora esta información, el 78.3% de las autopsias verbales muestran que se ignora la presencia de fiebre, solo un 13% fue afirmativo y solamente un 8.7% negativa.

El 78.3% de las autopsias se ignora la presencia de sangre en las evacuaciones, el 8.7% es negativo y solamente el 13 % es afirmativo, por lo que el cuidador del menor no observa las características de las evacuaciones en la que nos pudieran informar la presencia de sangre, moco, color, olor, etc que al interrogatorio pudieran ser importantes.

El 78.3% de las autopsias verbales se ignora el dato si presentó mucha sed, el 8.7% informa que no y solamente el 13% es afirmativa, en el área de hidratación oral del Hospital General de Rio verde, el personal manifiesta que los niños al presentar algún grado de deshidratación tienen buena tolerancia al vida suero oral, y es manifiesto la sed intensa que muestra el pequeño por la falta de líquidos, el 78.3% de las autopsias se ignora si hubo poca ingesta de líquidos o alimentos y solamente el 8.7% reportan que si información que es relevante en relación a la deshidratación de los niños y que en las autopsias verbales no se les dió el grado de importancia a este apartado de preguntas.

En el signo del vómito el 73.9% de las autopsias reportan que se ignora la información, solamente el 17.4% refieren que si, y el 8.7% que no, mostrando que el 73.9% de los niños si tenían tolerancia a la vía oral, y que si hubiera habido incremento a la vía oral el pronóstico del menor hubiera sido otro.

En las autopsias verbales el número de evacuaciones líquidas que se presentaron los menores se ignora, solo el 8.7% presentaron 2, el 17% presentaron 4, siendo notorio que el encuestador no tenía claro el enfoque que debería de tener al realizar la encuesta, esta variable es de gran utilidad para el análisis de la información.

En relación a si fue referido el menor a un segundo nivel el 47.8% no pudiéndose incrementar a 65.2% en aquellas donde se ignora la información 17.4% solamente en el 34.8% si fue referido al menor, de acuerdo a la indicación del médico de llevar al niño al hospital el 47.8% se ignora si lo llevó, el 21.7% no lo llevaron y el 30.4% si siguieron la orden del médico.

De la interrogante si le dieron atención en el hospital al menor el 56.5% se ignora, el 17.4% fue negativo pudiéndose incrementarse a un 73.9% y solamente al 26.1% si recibieron atención médica en el hospital. En la variable si hospitalizaron al menor el 56.5 % se ignora, el 13% no y el 30.4% si fue hospitalizado.

Cuadro 20. Reconocimiento de signos de alarma
 San Luis Potosí
 Enero- diciembre 2007

Reconocimiento de signos de alarma	Si		No		Se ignora	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	ignora	porcentaje
Le indicó como reconocer si el niño se agravaba.	4	17.4	9	39.1	10	43.5
Presencia de fiebre	3	13	2	8.7	18	78.3
evacuaciones con sangre	3	13	2	8.7	18	78.3
Sed intensa	3	13	2	8.7	18	78.3
Poca ingesta de líquidos o alimentos	2	8.7	3	13	18	78.3
Vómitos frecuentes	4	17.4	2	8.7	17	73.9
Numerosas heces líquidas	4	17.4	2	8.7	17	73.9
Lo envió al hospital	8	34.8	11	47.8	4	17.4
De acuerdo a la indicación lo llevó al hospital	7	30.4	5	21.7	11	47.8
Le dieron atención en el hospital	6	26.1	4	17.4	13	56.5
Lo hospitalizaron	7	30.4	3	13	13	56.5

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

De la variable si suspendió el pecho por más de 4 horas el 34.8% no tomaba, con la posibilidad de incrementarse a un 60.9% por aquellas en las que se ignora la información y el 39.1 %no suspendió el pecho siendo menores alimentados al seno materno.

En relación a si suspendió alimentos por más de 4 horas el 65.2% no suspendieron la alimentación, el 26.1% se ignora, y el 8.7% si suspendieron, el 43.5% de los casos si les dieron vida suero oral como fue indicado, el 30.4% se ignora, al 13% no le dieron vida suero oral, y al 8.7 % no le fue indicado, en la pregunta si le dió otro suero el 65.2% fue negativa, con la posibilidad de incrementarse a un 93.1% por la autopsias verbales en las que se ignora dicha información.

En la pregunta si le dió otro té o líquido el 47.8% fue negativa, pudiéndose incrementarse a un 78.2% por aquellas autopsias en las que se ignora la información y solamente el 21.7% afirman el haber dado otro tipo de suero.

En relación a si le dió la medicina el 47.8% muestra que si, el 17.4% no con la posibilidad de incremento a un 39.1% por que se ignora el dato.

Cuadro 21. Alimentación y rehidratación
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Alimentación y rehidratación	Si		No		Se ignora	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	ignora	porcentaje
Suspendió el pecho por más de 4 horas	0	0	9	39.1	6	26.1
Suspendió alimentos por más de 4 horas	2	8.7	15	65.2	6	26.1
Le dió vida suero oral como se lo indicaron	10	43.5	3	13	7	30.4
Le dió otro suero	1	4.3	15	65.2	6	26.1
Le dió te u otro liquido	5	21.7	11	47.8	7	30.4
Le dió la medicina	11	47.8	4	17.4	5	21.4

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En la segunda consulta otorgada al menor el 47.8% se ignora si le indicaron suspender el seno materno, al 21.7% si le indicaron suspenderlo por lo que aumentó el riesgo a la complicación al hacer a un lado todos los beneficios que adquiere el menor al ser alimentado al seno materno, el 47.8% se ignora el dato si fueron atendidos por otra persona el 39%no fueron atendidos por la misma persona ocasionando desconocimiento del caso, impidiendo evaluar la mejoría clínica del menor y solamente el 13% si fueron atendidos por la misma persona.

En relación a la segunda consulta el 43.5% se ignora si suspendió alimentos por más de 4 horas, solamente el 8.7% si, el 34.8 no tomaban alimentos por los que pensaríamos que eran alimentados solamente al seno materno.

En la segunda consulta el 43.5% refieren que no le dieron vida suero oral, pudiéndose incrementar a un 91.3% por las que se ignora el dato.

El 52.5% se ignora si le dió otro suero, solo el 17.4% si le dió otro suero, el 8.7% le administraron vía intravenosa, esta variable es muy importante porque nos mostraría si hubo administración de otro tipo de líquidos con el fin de prevenir la deshidratación y no se le dio la importancia que debiera al encontrarse con un alto porcentaje de desconocimiento de la información.

El 60.9 % se ignora si dió té u otro líquido el 17.4% no le dieron, y el 21.7% si le dieron especificando en alguno té de flor de toro, nuez moscada, y manzanilla. El 65.2 % muestra no recordar si le dió alguna medicina, solamente el 17.4% si recuerda si le dió otra medicina, en el manejo de un paciente cuando se ha complicado es de vital importancia conocer que tratamiento era administrado con el fin de valorar si era el adecuado congruencia diagnóstico - terapéutica. (Cuadro 21).

Cuadro 22. Segunda consulta e indicaciones de alimentación y rehidratación

San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Indicaciones de la segunda consulta	si frecuencia	porcentaje	No frecuencia	porcentaje	Se ignora frecuencia	porcentaje
La persona que te dió la segunda consulta le indico suspender el seno materno por más de 4 horas.	5	21.7	4	17.4	11	47.8
Le atendió la misma persona	3	13	1	4.3	11	47.8
Suspendió alimentos por mas de 4 horas	2	8.7	8	34.8	10	43.5
Le dió vida suero oral	2	8.7	10	43.5	9	39.1
Le dió otro suero	4	17.4	5	21.7	12	52.2
Le dió te u otro liquido	4	17.4	4	17.4	14	60.9
Le dió alguna medicina	4	17.4	4	17.4	14	60.9

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 60.9% de la autopsias verbales se ignora si señaló en cuanto tiempo después regresara, al 26.1% no le informaron, solamente el 8.7% si le informaron, y al 4.3 le dijeron que la llevara a otro lugar porque ahí no le correspondía sin importar la gravedad del paciente. (Cuadro 22).

Cuadro 23. Segunda consulta y control

San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Le señaló cuanto tiempo después regresara	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	6	26.1
Se ignora	14	60.9
Le dijo que la llevara a otro lugar porque ahí no le correspondía	1	4.3
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Después de 8 años de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en atención médica efectiva al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda un indicador importante es capacitar a la madre o al cuidador del menor en la identificación de signos de alarma, las autopsias verbales muestran que el 56.5% se ignora si le indicó cuales eran los signos de alarma, al 34.8% no le indicaron cuales eran y al 4.3% ninguno le indicaron, para el año del 2010 continua la medición de estos indicadores a nivel federal. (Cuadro 24)

Cuadro 24 Signos de alarma y educación sanitaria
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Le indico signos de alarma.	frecuencia	porcentaje
No	8	34.8
Todos	1	4.3
Ninguno	1	4.3
Se ignora	13	56.5
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En la interrogante si lo envió a un hospital el 21.7% no lo hizo, pudiéndose incrementar a un 73.9% por aquellas en la que se ignora esta información, y solamente al 26.1% si lo refirieron, una área en la cual los servicios de salud ha mejorado es el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en donde cada unidad de salud cuenta con los lineamientos operativos, un directorio actualizado a donde puede realizar una referencia cuando es requerida, y en algunas localidades se cuenta con un vehículo que es utilizado cuando se requiere por urgencia sacar a un paciente a recibir atención médica; ¿porqué en estos casos no fueron referidos los pacientes oportunamente?, o no fueron valorados correctamente con el fin de diagnosticar la gravedad del caso. (Cuadro 25).

Cuadro 25. Referencia a hospital según autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Referencia a hospital en la segunda consulta	si		No		Se ignora frecuencia	porcentaje
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje		
Lo envió al hospital.	6	26.1	5	21.7	12	52.2
Lo atendieron en el hospital	5	21.7	4	17.4	13	56.5
Lo hospitalizaron	6	26.1	3	13	14	60.9

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

De los pacientes referidos el 56.5% se ignora si fueron atendidos, el 17.4% no fueron atendidos, y solamente al 21.7% si fueron atendidos, en los lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia es el realizar una visita domiciliaria a no más de 5 días de saber que fue referido el paciente con el fin de obtener resultados si acudió a su atención y fue atendido oportunamente. Al contar con un porcentaje alto en donde se ignora si fue atendido o no es necesario evaluar cómo está operando el sistema de referencia en las unidades en este padecimiento y en todos aquellos que requieren atención en un segundo nivel.

En los pacientes referidos el 60.9% se ignora si fueron hospitalizados, el 13% no y solamente el 26.1% si, esto nos lleva a revisar a la par el sistema de referencia y contrarreferencia en las unidades de salud, en las cuales esta situación de ignorar si los pacientes referidos fueron atendidos o no favorece a la complicación de los mismos en cualquier padecimiento y al desconocimiento de la unidad de salud.

El 56.5% de las autopsias verbales muestran que se ignora si suspendió el seno materno, el 26.1 si lo suspendió, y el 8.7% no lo tomaba sabemos que la alimentación al seno materno le brinda una protección contra las enfermedades diarreicas agudas.

El 56.5% de las autopsias verbales muestran que se ignora si se suspendieron alimentos, el 39.1 marca que no y solamente el 4.3% que si suspendió. De la variable si dió vida suero oral el 60.9% se ignora, el 17.4% no le dió, el 17.4% si le dieron, y el 4.3% estuvo hospitalizado 2 horas en el área de rehidratación oral. En el punto si le dió la medicina el 65.7% se ignora, el 4.3% no le dieron, el 17.4% si le dieron la medicina.

Cuadro 26. Alimentación e hidratación en segunda consulta

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Alimentación y rehidratación en la segunda consulta	si		no		Se ignora	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Suspendió el pecho.	6	26.1	4	17.4	13	56.5
Suspendió alimentos.	1	4.3	9	39.1	13	56.5
Dió vida suero oral	4	17.4	5	21.7	14	60.9
Le dió la medicina	4	17.4	1	4.3	15	65.2

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

5.3 Sitio de defunción.

En el lugar de la defunción el 26.1% falleció en el hogar, ¿por qué? de acuerdo a las mismas autopsias verbales, en su mayoría cuentan con una unidad de salud a no más de una hora de distancia en el transporte habitual.

En el lugar de la defunción el 4.3% falleció en el consultorio desconocemos si llegó en estado de deshidratación severa al Centro de Salud y este no contaba con lo necesario para una hidratación parenteral, o quizás la falta de habilidad y destreza del personal de salud para la canalización del paciente, el 17.4% se ignora.

Murió en la clínica u hospital el 39.1% si, por las complicaciones presentadas, y el desconocimiento de los signos de alarma por parte de la madre o del cuidador y la no indicación de terapia de hidratación oral, murió en el traslado el 26.1% si, el no ser valorado oportunamente, el no haber reconocido los signos de alarma con oportunidad, el no haber dado indicación de una segunda valoración, el no haber dado una terapia de hidratación oportuna.

Cuadro 27. Lugar de defunción según las autopsias verbales

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Lugar de defunción	frecuencia	porcentaje
En el hogar	5	26.1
En el consultorio	1	4.3
En la clínica u hospital	8	39.1
En el traslado	6	26.1
Se ignora	3	13

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

El 56.5% de las autopsias verbales muestran que no recibieron capacitación en el tratamiento de las diarreas, solamente el 21.7% si recibió capacitación, y el 8.7% tenía la percepción que solo tiene derecho a la capacitación los beneficiarios del programa de oportunidades motivo por el cual ella no acudía a las platicas. (Cuadro 28)

Cuadro 28. Capacitación diarrea según las autopsias verbales

San Luis Potosí

Enero- diciembre 2007

Recibió capacitación	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.7
No	13	56.5
No cuenta con oportunidades por lo cual no acude a las platicas	2	8.7
Se ignora	3	13.0
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

En relación a quien dio la capacitación el 65.2% manifiesta que nadie, el 17.4% se ignora, el 13% la enfermera, y el 4.3 % el centro de salud de aquí la importancia de retomar el papel de la enfermera como el agente capaz de identificar, de promover, de solicitar al médico una segunda valoración, con la capacidad de capacitar, que tiene una visión clara de la promoción de la salud, de la protección específica, y que es un elemento clave en la unidad de salud. (Cuadro 29).

Cuadro 29. Educación a las madres según personal
 San Luis Potosí
 Enero- diciembre 2007

Quien le dio la capacitación	frecuencia	porcentaje
Enfermera	3	13.0
En el centro de salud	1	4.3
Se ignora	4	17.4
Nadie	15	65.2
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

6. DISCUSIÓN

El presente estudio aborda puntos críticos en las defunciones por diarreas en menores de cinco años que continúan presentes desde la década de los noventa. El factor clave es la primera consulta médica brindada por los pasantes de medicina en servicio social, misma que fue determinante para que la resolución terminara en defunciones de los menores, ya que todos los niños que fallecieron recibieron por lo menos una atención y ésta fue deficiente, ya que según registros no se brindó la terapia de rehidratación oral aún estando presentes signos de deshidratación en los pacientes.

En este marco la mejoría de la infraestructura, ampliación del cuadro básico de medicamentos, las semanas nacionales de salud, el monitoreo de indicadores de calidad en la atención al menor con diarrea y la atención integral con apego a línea de vida, son estrategias que no han sido controladas eficazmente por el nivel nacional y estatal ya que continúan presentes las deficiencias en el procesos de atención que brinda el personal de salud. En este sentido se puede señalar que se siguen omitiendo los planes A,B,C, el sistema de referencia y contrarreferencia y la capacitación, elementos que demuestran que no es cuestión de cobertura de servicios de salud sino de calidad de la atención que actualmente se brinda en el sector salud a la población.

En su mayoría los menores recibieron atención médica previa a la defunción, no obstante el 39% de los casos de muerte de los niños ocurrió dentro de las primeras 24 horas, el 26% en el segundo día, el 4.3% en el tercero, y el 21.7% en el cuarto día. El no valorar estado de hidratación, el no indicar terapia de hidratación oral, el no citarles a una segunda valoración y la no capacitación a las madres en los signos de alarma favoreció las complicaciones aunque la madre del menor tenía la certeza que el estado de salud de su hijo no era bueno.

En un estudio realizado en el estado de Tlaxcala en la década de los noventa, Estado que ocupó el primer lugar en defunciones por diarrea a nivel Nacional, que presentó una tasa de mortalidad del 3.83% por mil nacidos vivos

registrados⁴⁷, revelando la existencia de problemas importantes en el proceso de atención y en el análisis de la mortalidad por enfermedades diarreicas ya que no se habían realizado estudios en este contexto. Los resultados de este estudio coinciden con este planteamiento de Reyes h., ya que ⁴⁸ la información que arrojó el presente estudio en la primera consulta médica fue deficiente ya que, no se brindó terapia de rehidratación oral, no se capacitó a la madre en signos de alarma y no se citó a una segunda valoración lo que favoreció la presencia de complicaciones en el menor.

En un estudio realizado para medir las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica y la terapia de rehidratación oral⁴⁹ Se registra que las prácticas terapéuticas utilizadas por las madres en Veracruz, cuando se presentaron episodios diarreicos en hijos menores de cinco años fue la automedicación y la ingesta de té, también aborda que es importante que la madre tenga el concepto claro de la deshidratación para un apego a la terapia de rehidratación oral, En este estudio es clara o nula la capacitación en preparación, ministración de sales de rehidratación oral y el desconocimiento de signos de alarma con el fin de detectar oportunamente complicaciones.

En el presente estudio se muestra que solamente el 5% de las madres o cuidadoras recibió capacitación y ésta fue de la enfermera por lo que debemos de retomar el papel de la enfermera como agente de salud capaz de detectar deficiencias en la calidad de la atención del médico, que propone, capacita, da seguimiento y que es factor clave en la promoción de la salud.

En un estudio realizado en México⁵⁰, sobre autopsias verbales mostró que la mayoría de las defunciones ocurrieron en población que no contaba con derechohabiencia, comparado con el presente estudio el 79.3% de las defunciones también ocurrieron en población sin derechohabiencia. En este estudio del total de las autopsias verbales de niños menores de 5 años; el 69.86% fueron en menores de 1 año, de éstos el 60.8% corresponde a niños de 4 a 12 meses de edad, etapa que coincide con el inicio de la ablactación.

Cabe hacer mención que en el Estado, el municipio de Santa Catarina ocupa el 1° lugar en muy alto grado de marginación a nivel estado y el 46 a nivel nacional, el 2° lugar Aquismón, Matlapa en 6°, Huehuetlan en 9°, Xilitla en 13° lugar en marginación ⁵¹(INEGI 2005), por tanto las defunciones por enfermedades diarreicas agudas según las autopsias verbales se presentaron principalmente en municipios con bajo desarrollo.

En relación a los aspectos socios demográficos coincidimos con el estudio de muerte por diarreas aguda en niños, realizado por Reyes H. en el cual los factores pronósticos en el cual la falta de servicios públicos como agua entubada, alcantarillado, manejo adecuado de excretas, juega un papel importante.⁵²

En este estudio la deficiente calidad de la atención por parte del personal de salud propició la complicación del menor al presentarse la deshidratación desde un inicio al no indicar esquema de rehidratación, capacitación en la preparación y ministración de terapia de rehidratación y signos de alarma a la madre o cuidador del menor con el fin de mejorar la calidad de la atención al infante y pronóstico de vida.

En el presente estudio los resultados son semejantes al estudio realizado en Antioquia Colombia sobre las características del proceso de atención en niños con diarrea⁵³ y el estudio de mortalidad por enfermedad diarreica en México sobre problema de acceso o de calidad de atención⁵⁴, registrando que el 74% de los niños fueron menores de un año, en el presente estudio fueron 69.4%, y coincide en que el sexo masculino fue el más afectado.⁵⁵

En este estudio la población afectada fue rural, al igual que en el estudio de la mortalidad por enfermedad diarreica en México: sobre el problema de acceso o de calidad de atención⁵⁶ la población afectada en ese estudio también fue rural. En relación al lugar de la defunción la mayoría fue en el hogar, y en éste ocurrió en mayor número en clínica u hospital y en segundo lugar en el hogar o traslado.⁵⁷ Los resultados de este estudio coinciden con los antes mencionados;

en la fácil accesibilidad a los servicios de salud cuando estos se encontraban a menos de una hora de distancia utilizando su medio de transporte habitual. Así también se coincide en la causa de muerte que pudiera estar asociada con diarrea, y se coincide en los signos de deshidratación presentes desde la primera consulta haciendo notoria la deshidratación desde el inicio. Los resultados en la presente investigación evidencian la relación directamente proporcional entre defunción y mayores grados de marginación.

7. CONCLUSIÓN:

/ Los principales eslabones críticos determinantes en las defunciones por diarreas en menores de 5 años fueron: no se valoró estado de hidratación, no se prescribió esquema de rehidratación, no se capacitó en la preparación de las sales para rehidratación oral y su ministración; no se le citó a segundo o tercer día para valorar estado clínico, no se le capacitó a la madre en detección de signos de alarma, no se refirió oportunamente.

/En los municipios con grado de marginación alto se presentó el 43.47% de las defunciones por diarreas, en los municipios con grado de marginación muy alto y bajo se presentó el 17.39% respectivamente, en los municipios con grado de marginación medio se presentó el 13.04%, en los municipios con muy bajo grado de marginación se presentó 8.69%. Más de la mitad de las defunciones por diarreas ocurrieron en municipios de alta y muy alta marginación, Santa Catarina S.L.P. ocupa el primer lugar a nivel estatal y el 46° lugar a nivel nacional y Aquismón segundo lugar a nivel estatal.

/ Los eslabones críticos en la primera consulta: registraron el no apego a la Norma oficial mexicana NOM 031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño.

/ La autopsia verbal muestra que en las indicaciones otorgadas en la primera consulta no se prescribió esquema de rehidratación oral, no se capacitó en la preparación de vida suero oral, no hubo cita para una segunda valoración, no se capacitó en signos de alarma, solo en el 1.3% se registró la indicación de una consulta subsecuente para valoración sin embargo el 43.47% de las autopsias verbales registran que las madres los llevaron a una segunda y tercera consulta por la gravedad del caso e incluso se registra la negación del servicio por no pertenecer al área de responsabilidad o porque ya no había cupo en las consultas del día.

/ Un importante porcentaje de las defunciones ocurrió entre los 4 y 12 meses de edad, por tanto es necesario hacer énfasis en la capacitación a la madre en signos de alarma en enfermedad diarreica aguda y deshidratación.

/Del total de las autopsias verbales, se registró que al 8.6% se le indicó una segunda consulta, al 8.6% se le indicó vida suero oral, al 17% se le indicó algún medicamento, al 4.34% se le capacitó en signos de alarma, y solo al 26% se refirió al segundo nivel de atención.

/ Más de la mitad de las muertes ocurrió en el primer nivel de atención, de éstas una cuarta parte ocurrió en el traslado, el 34.81% ocurrió en el hospital, y en el 13.09% no se registró el lugar del desceso.

8. RECOMENDACIONES

/ Retomar la importancia del programa de atención a la salud del infante con supervisiones periódicas a las unidades por parte del responsable del programa.

/ Continuar con el monitoreo de indicadores de calidad en atención del menor de cinco años con diarreas. Asignar a un médico o enfermera del área de epidemiología como responsable de aplicar la autopsia verbal con el fin de evitar sesgo en la información.

/Analizar la defunción al interior de hospitales y jurisdicciones con el personal involucrado con el fin de detectar la deficiencia en la atención otorgada e indicar las acciones necesarias.

/ Fortalecer la capacitación en terapia de rehidratación oral. en el personal de salud, talleres comunitarios de oportunidades, grupos de madres con menores de cinco años, y auxiliares de salud Promover el análisis de la información que se genera en las unidades de salud y jurisdicciones como marco de referencia para diagnósticos de salud, proyectos de mejora y planes de trabajo.

/ Sensibilizar al personal de salud sobre la calidad de la atención en el primer contacto es el factor determinante en la evolución del padecimiento para fortalecer la educación para la salud en la terapia de rehidratación oral, en la capacitación en signos de alarma, y en el control para la valoración del estado de salud del niño.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Fricas J, Martz T. Los efectos del cambio climático en el agua, el saneamiento y las enfermedades diarreicas en América latina y el Caribe Population Refrence Bureau Salud Pública Mex.[revista en internet] 2007 septiembre. [acceso marzo 2010]; disponible en <http://prb.org/sitecore/service/notfound.aspx?item=%2fen%2fspanishcontent%2farticles%2f2007%2fefectosclimaticolac&user=extranet%5cAnonymous&site=website>.
- ² Fricas J, Martz T. Los efectos del cambio climático en el agua, el saneamiento y las enfermedades diarreicas en América latina y el Caribe Population Refrence Bureau. Salud Pública Mex.[revista en internet] 2007 septiembre. [acceso marzo 2010]; disponible en <http://prb.org/sitecore/service/notfound.aspx?item=%2fen%2fspanishcontent%2farticles%2f2007%2fefectosclimaticolac&user=extranet%5cAnonymous&site=website>.
- ³ Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, et al. Aumento en la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. Salud Pública Mex [revista en internet] 2007 [Acceso marzo 2009]; 49 (110-125): disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s1/11.pdf>
- ⁴ Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud, México 2007-2012 Secretaria de Salud México 2007 primera edición.
- ⁵ Secretaria de Salud. Programa de la atención a la salud del Niño. Manual de Procedimientos Técnicos 1998 México Secretaria de Salud 2000; Octava edición.
- ⁶ Tome P, Reyes H, Rodriguez L, Guiscafre G. Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores y pronósticos. Salud Publica México,[revista en internet] 1996; [Acceso abril 2009] Vol 38 (004):227-235disponible en http://www.insp.mx/rsp/ files/File/1996/vol%2038%20no.4/vol138_4muerte%20por%20diarrea.pdf
- ⁷ Martínez G, Montoya C, Restrepo D, Bareño J, Ocampo C, Pretelt Y et al. Una visión panorámica de la promoción de la salud y comunicación para la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años en países de América [monografía en internet] Primera edición. Medellín: Latina. Prim edic. Instituto de Ciencias de la Salud; 2005. [Acceso abril 2009] disponible en: http://www2.epm.com.co/bibliotecaepm_virtual/documents/visiónpanoramica%20de%20la%20promoción%20de%20salud.pdf.

-
- ⁸ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en www.insp.mx /salud/36/362=7s.
- ⁹ Riveron R, Miranda V, González M. Morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales. Rev Cubana de pediatría [revista en internet] 2000 [Acceso Abril 2009] ; 72(2): 72-80 disponible en http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=535&id_ejemplar=5658
- ¹⁰ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en www.insp.mx /salud/36/362=7s.
- ¹¹ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en www.insp.mx /salud/36/362=7s.
- ¹² Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en www.insp.mx /salud/36/362=7s.
- ¹³ Secretaria de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud Secretaria de Salud Mortalidad: [Base de datos en internet] México Secretaria de salud; 2007[9 marzo 2010] [Acceso abril 2010] disponible en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- ¹⁴ Secretaria de Salud. Sistema nacional de salud dirección de epidemiología casos nuevos de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en San Luís Potosí sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica.
- ¹⁵ Secretaria de Salud. Sistema nacional de salud dirección de epidemiología casos nuevos de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en San Luís Potosí sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica.
- ¹⁶ Secretaria de Salud. Sistema nacional de salud dirección de epidemiología casos nuevos de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en San Luís Potosí sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica.

-
- ¹⁷ Cárdenas R. La autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y Urbanos septiembre-diciembre. Redalyc [revista en internet]; 2000[Acceso abril 2009]; 045 (1) 1-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204506>
- ¹⁸ Ruiz C, Eslabones Críticos en el Análisis de defunciones maternas. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Secretaria de Salud. [revista en internet] 2007 [acceso Mayo 2010] disponible en [http://www.smsp.org.mx/documentos/higiene%202007/ESLABONES CRITICOS](http://www.smsp.org.mx/documentos/higiene%202007/ESLABONES_CRITICOS).
- ¹⁹ Ruiz C, Eslabones Críticos en el Análisis de defunciones maternas. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Secretaria de Salud. [revista en internet] 2007 [acceso Mayo 2010] disponible en [http://www.smsp.org.mx/documentos/higiene%202007/ESLABONES CRITICOS](http://www.smsp.org.mx/documentos/higiene%202007/ESLABONES_CRITICOS)
- ²⁰ Cárdenas R. La autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y Urbanos septiembre-diciembre. Redalyc [revista en internet]; 2000[Acceso abril 2009]; 045 (1) 1-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204506>
- ²¹ . Cárdenas R. La autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y Urbanos septiembre-diciembre. Redalyc [revista en internet]; 2000[Acceso abril 2009]; 045 (1) 1-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204506>
- ²² Servicios de Salud. Autopsias verbales Centro Nacional para la Salud de la infancia y la adolescencia. [acceso mayo 2009] Disponible en <http://www.censia.gob.mx>.
- ²³ Tome P, Reyes H, Rodríguez L, Guiscafren G. Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores y pronósticos. Salud Pública México, [revista en internet] 1996; [Acceso abril 2009] Vol 38 (004):227-235 disponible en http://www.insp.mx/rsp/files/File/1996/vol%2038%20no.4/vol138_4muerte%20por%20diarrea.pdf
- ²⁴ Cárdenas R. La autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y Urbanos septiembre-diciembre. Redalyc [revista en internet]; 2000[Acceso abril 2009]; 045 (1) 1-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204506>
- ²⁵ Espinoza H. Muertes maternas por aborto y por violencia en México, Narración de una experiencia formulación e implementación de una metodología de investigación Perinatol/ReprodHum.17(4)2003.[Acceso Abril 2010] Disponible en: https://siid.insp.mx/www/proyecto_detalle-v3asp?id=1736402

-
- ²⁶ Tome P, Reyes H, Rodríguez L, Guiscafre G. Muerte por diarrea aguda en niños: un estudio de factores y pronósticos. Salud Publica México, [revista en internet] 1996; [Acceso abril 2009] Vol 38 (004):227-235 disponible en http://www.insp.mx/rsp/files/File/1996/vol%2038%20no.4/vol138_4muerte%20por%20diarrea.pdf
- ²⁷ Servicios de salud en San Luis Potosí Análisis epidemiológico de la mortalidad por diarreas boletín epidemiológico No.2 2008 disponible en salud.slp.gob.mx.
- ²⁸ Esparza M. Bautista A. Mortalidad por enfermedad diarreica en menores, antes y después de la introducción de la vacuna de rotavirus. Salud Publica Mex 2009,51:285-290 [acceso en Mayo 2010] disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/file/2009julio%Agosto/2Mortalidad.pdf>
- ²⁹ Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño Nom 031SSA2-1999 [Acceso Marzo 2009] disponible en www.salud.gob.mx
- ³⁰ Servicios de Salud de San Luis Potosí Diagnóstico de Salud Estatal para la Salud de la Infancia 2002 [Acceso marzo 2009] disponible en: www.salud.slp.gob.mx
- ³¹ CONAPO. Índice y grado de marginación. [Base de datos en Internet]. México: 2005 [Acceso abril 2010]. Disponible en : www.conapo.gob.mx
- ³² Secretaria de Salud. Programa de la atención a la salud del Niño, Manual de Procedimientos Técnicos 1998 México Secretaria de Salud 2000; Octava edición.
- ³³ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F. Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994 [Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ³⁴ Secretaria de Salud. Sistema nacional de salud dirección de epidemiología casos nuevos de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en San Luis Potosí sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica.
- ³⁵ Secretaria de Salud. Guía de orientación alimentaria. Subsecretaria de Innovación y Calidad México 2003; 1: 100,101.
- ³⁶ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994 [Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).

- ³⁷ Secretaria de Salud. Sistema nacional de salud dirección de epidemiología casos nuevos de enfermedad de la semana 01 a la 52 del 2006 de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en San Luis Potosi sistema único automatizado de vigilancia epidemiológica.
- ³⁸ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ³⁹ Secretaria de Salud. Programa de la atención a la salud del Niño, Manual de Procedimientos Técnicos 1998 México Secretaria de Salud 2000; Octava edición.
- ⁴⁰ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ⁴¹ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ⁴² Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ⁴³ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009]; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ⁴⁴ Kumate J, Borrego G, Martínez G, Montaril G, González F, Consejo Nacional para el control de enfermedades diarreicas. Salud Pública de México [revista en internet] 1994[Acceso marzo 2009] ; 36(5): 552-561. disponible en [www.insp.mx /salud/36/362=7s](http://www.insp.mx/salud/36/362=7s).
- ⁴⁵ Secretaria de Salud. Programa de la atención a la salud del Niño, Manual de Procedimientos Técnicos 1998 México Secretaria de Salud 2000; Octava edición.
- ⁴⁶ Inegi. Catalogo General de Localidades, Conapo Grado de marginación por municipio 2005Gobierno Federal Sedesol. [acceso Mayo 2010] disponible [http://cat.microrregiones.gob.mx.catloc/Default.aspx:tipo=clave&campo=municipio&valor=24](http://cat.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx:tipo=clave&campo=municipio&valor=24)

AUTOPSIA VERBAL DE DEFUNCIÓN
POR ENFERMEDAD DIARREICA

CÉDULA PARA EL RESPONSABLE DEL MENOR

FOLIO:

I. IDENTIFICACIÓN

ESTADO:

JURISDICCIÓN: DELEGACIÓN: ZONA:

FECHA DE LA APLICACIÓN REALIZADA POR:

II. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN; (COPIARLOS)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: DOMICILIO:
CALLE, NÚMERO, COLONIA, SECCIÓN O BARRIO1. LOCALIDAD: 2. MUNICIPIO: 3. EDAD: AÑOS MESES DÍASFECHA DE NACIMIENTO: AÑO MES DÍA4. DERECHOHABIENTIA:
(IMSS, ISSSTE, OTROS, NINGUNA, SE IGNORA)5. SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO6. FECHA DE LA MUERTE: AÑO MES DÍA HORA MIN

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

PARTE I

A B C

PARTE II

III. INSTRUCTIVO PARA EL ENTREVISTADOR

BUENOS DÍAS (TARDES). MI NOMBRE ES Y TRABAJO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESTAMOS REALIZANDO ENTREVISTAS PARA CONOCER MÁS 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 COOPERACION 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 1.)

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

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

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

15. SIGNOS

	SÍ	NO	NO SABE	INICIO (FECHA)	DURACIÓN (DÍAS)	OBSERVACIONES
SANGRE EN EXCREMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
FIEBRE O CALENTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
VÓMITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
MOLLERA HUNDIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
OJOS HUNDIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
BOCA SECA O LLANTO SIN LÁGRIMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
MUCHA SED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
DEJÓ DE COMER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
INQUIETO O IRRITABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
DIFICULTAD PARA DESPERTARLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
DEJÓ DE ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

16. No. DE EVACUACIONES EN 24 HORAS: PRIMERAS 24 HORAS _____ ULTIMAS 24 HORAS _____

17. DURACIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD: DÍAS HORAS MIN

VI. ATENCIÓN RECIBIDA EN SU HOGAR

18. ¿CUÁNDO UD. SE DIO CUENTA QUE SU NIÑO SE ENFERMÓ, ¿LO ATENDIÓ PRIMERO EN SU CASA? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA No. 31) SÍ NO NO ESPECIFICADO

19. EN SU CASA, UD. POR SU PROPIA CUENTA: SÍ NO NO TOMABA ESPECIFICADO

20. ¿LE SUSPENDIÓ EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS? SÍ NO NO TOMABA ESPECIFICADO

21. ¿LE SUSPENDIÓ TODOS LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS? SÍ NO NO TOMABA ESPECIFICADO

22. ¿LE DIO VIDA SUERO ORAL? SÍ NO NO TOMABA ESPECIFICADO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA No. 28)

23. ¿CON CUÁNTA AGUA LO PREPARÓ? _____

(SEÑALE LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE, DESPUÉS DE HABER VERIFICADO LA CANTIDAD DE AGUA)

Menos de un litro

Un litro

Más de un litro

SÍ NO

24. ¿VACIÓ TODO EL CONTENIDO DEL SOBRE? SÍ NO

25. ¿LE AGREGÓ ALGO A LA SOLUCIÓN? SÍ NO

26. ¿CUÁNTO LE DIO? _____

27. ¿CADA CUÁNDO LE DIO EL VIDA SUERO ORAL? SÍ NO

Después de cada evacuación o frecuentemente SÍ NO

Sólo una vez SÍ NO

Otra _____ SÍ NO

NO ESPECIFICADO

28. ¿LE DIO OTRO TIPO DE SUERO? SÍ NO

¿CUÁL? _____

29. ¿LE DIO TÉ U OTRO LIQUIDO EN MAYOR CANTIDAD DE LO HABITUAL? SÍ NO

¿CUÁL? _____

45. ¿ALGUNA MEDICINA? Sí NO

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS _____

46. ¿LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA(S) MOLESTIA(S)?

Sí NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 49)

47. ¿CUÁLES? _____

48. ¿LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA

 TIEMPO :
DIAS HORAS

49. ¿LE INDICO CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 51)

50. ¿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 líquidos y alimentos
Vómitos frecuentes
Numerosas heces líquidas

Otra _____

ESPECIFIQUE

51. ¿LO ENVIÓ AL HOSPITAL?

Sí NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 55)

52. ¿DE ACUERDO A LA INDICACIÓN USTED LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

SÍ NO →

¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 55)

53. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO →

¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 55)

54. ¿LO HOSPITALIZARON?

SÍ NO →

¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

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

SÍ NO NO TOMABA NO ESPECIFICADO

56. ¿SUSPENDIÓ EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS?

57. ¿SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS?

58. ¿LE DIÓ EL VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA?

SÍ

NO



¿POR QUÉ?

59. ¿LE DIÓ OTRO SUERO?

SÍ

NO

NO ESPECIFICADO

60. ¿LE DIÓ EL TÉ U OTRO LÍQUIDO?

61. ¿LE DIÓ LA MEDICINA?

VIII. CONSULTA(S) SUBSECUENTE(S)

(LLENE ESTA SECCIÓN SÓLO SI EL NIÑO RECIBIÓ UNA SEGUNDA CONSULTA POR LA MISMA U OTRA PERSONA)

62. ¿QUIÉN LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA?

LA MISMA PERSONA

OTRA PERSONA

63. LA PERSONA QUE LE DIO LA SEGUNDA CONSULTA LE INDICÓ:

SÍ

NO

NO TOMABA

NO ESPECIFICADO

64. ¿SUSPENDER EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS?

65. ¿SUSPENDER LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS?

66. ¿VIDA SUERO ORAL?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 69)

67. ¿LE INDICÓ CÓMO LO PREPARARA Y SE LO DIERA?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 69)

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

¿QUE LO PREPARARA EN UN LITRO DE AGUA?

¿QUE USARA TODO EL POLVO DEL SOBRE?

¿QUE REVOLVIERA BIEN?

¿QUE SE LO DIERA DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN O FRECUENTEMENTE?

OTRA _____

69. ¿LE INDICÓ OTRO SUERO?

SÍ

NO

¿CUÁL? _____

70. ¿TÉ U OTRO LÍQUIDO?

¿CUÁL? _____

71. ¿ALGUNA MEDICINA?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 74)

DÍGAME EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: _____

72. ¿LE DIÓ INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA

OTRA(S) MOLESTIA(S)? (EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 73)

73. ¿CUÁLES? _____

74. ¿LE SEÑALÓ CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS REGRESARA?

TIEMPO

DÍAS HORAS

75. ¿LE INDICÓ CÓMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 77)

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

- Fiebre
- Evacuaciones con sangre
- Sed intensa
- Poca ingesta de líquidos y alimentos
- Vómitos frecuentes
- Numerosas heces líquidas
- Otra _____

ESPECIFIQUE

77. ¿LO ENVIÓ AL HOSPITAL? Sí NO

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 81)

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

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL?

(CONTINUE CON LA PREGUNTA 81)

79. ¿LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LE DIERON ATENCIÓN EN EL HOSPITAL?

(PASE A LA PREGUNTA 81)

80. ¿LO HOSPITALIZARON?

SÍ NO → ¿POR QUÉ NO LO HOSPITALIZARON?

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

(RELACIONE CON LAS INDICACIONES QUE LE DIERON)

- | | SÍ | NO | NO
ESPECIFICADO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 82. ¿SUSPENDIÓ EL PECHO POR MÁS DE 4 HORAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. ¿SUSPENDIÓ LOS ALIMENTOS POR MÁS DE 4 HORAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. ¿LE DIÓ EL VIDA SUERO ORAL COMO SE LO INDICARON EN LA CONSULTA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿POR QUÉ NO LE DIÓ EL SUERO COMO SE LO INDICARON? | | | |
| _____ | | | |
| 85. ¿LE DIÓ EL OTRO SUERO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. ¿LE DIÓ EL TÉ U OTRO LÍQUIDO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. ¿LE DIO LA MEDICINA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

IX. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

88. ¿DONDE MURIÓ EL NIÑO?

EN EL HOGAR

EN CONSULTORIO O UNIDAD DE PRIMER NIVEL

EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL

EN EL TRASLADO

NO SABE

X. CAPACITACIÓN

89. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ CAPACITACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN EL HOGAR?

SÍ

NO

→ FIN

90. ¿DÓNDE Y QUIÉN LE DIO LA CAPACITACIÓN?

Anexo 2 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	MEDICIÓN
<p>Alimentación en el hogar.</p> <p>Definición:</p> <p>Definida como: la preparación e ingesta de una dieta variada, completa, equilibrada, higiénica en el hogar.</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Ayuno.</p> <p>Cambio de alimentos.</p> <p>Atoles.</p> <p>Continúo con alimentación habitual.</p>
<p>Hidratación en el hogar.</p> <p>Definida como:</p> <p>Ingesta de líquidos basados en alimentos como atole de arroz, de maíz, sopas, caldos, jugos de frutas, aguas frescas, y ministración de vida suero oral.</p>	<p>Cualitativa.</p>	<p>Ingesta de vida suero oral.</p> <p>Ingesta de refresco.</p> <p>Ingesta de sopas.</p> <p>Té.</p>

Medicación en el hogar. Definida como: medicamentos administrados en el hogar si prescripción médica.

Indicados por el médico.
Automedicados.
Antidiarreicos.
Antibióticos.
Remedios caseros.
Ninguno.

Indicaciones en la primera consulta. Definida como: Orientaciones otorgadas por el médico y personal de salud en la primera consulta.

Capacitación en signos de alarma.
Prescripción de esquema de rehidratación.
Indicación de continuar con su alimentación habitual.
Referencia a segundo nivel.

Indicaciones segunda consulta. Definida como: Orientaciones otorgadas por el médico y personal de salud en la segunda

Capacitación en signos de alarma.
Prescripción de esquema de hidratación.
Indicación de continuar con su alimentación habitual.
Referencia a segundo nivel.

consulta

Referencia a Cuantitativa Si
hospital en la . No.
segunda
consulta.

Definida como:

Envío a un
segundo nivel
para su atención

Determinar lugar Cuantitativa En el hogar.
del deceso. . En el camino
Definido como: En centro de salud
lugar donde Hospital.
ocurre la Otro
defunción.

Determinar si Cuantitativa. Enfermera
recibió Personal del centro de salud.
capacitación. nadie

Definida como
proceso por el
cual un individuo
adquiere nuevas
destrezas y
conocimientos
que promueven,
fundamentalmente
un cambio de
actitud.

ANEXO 3 Información para el análisis de la autopsia verbal.

El análisis de la autopsia verbal se debe realizar en varios momentos: porque en ocasiones las fallas en la atención son situaciones que se pueden solucionar inmediatamente, esto es para disminuir la probabilidad de que suceda una defunción por enfermedad diarreica en un menor.

Las fallas cometidas por la madre como; no identificar signos de alarma, no uso de terapia de hidratación oral, no solicitar oportunamente atención médica, estos casi siempre se resuelven con capacitación a la madre o al cuidador del menor de 5 años.

El segundo momento para el análisis de la información es cuando se hace la entrega de la autopsia verbal completa al epidemiólogo jurisdiccional, analizando lo que le compete a él: si es en relación al centro de salud, (si estaba abierto o no) en relación al médico (si éste se encontraba o no) la forma de cómo fue atendido por el personal de salud(si fue correcta o deficiente) si son situaciones que se pueden corregir en el momento es responsabilidad de la jurisdicción realizar estas observaciones y corregirlas.

Un tercer momento es en los comités de referencia y contrarreferencia para mejorar el proceso de atención y así evitar otras defunciones.

Las fallas más frecuentes detectadas por medio de las autopsias verbales son:

No utilizar terapia de hidratación oral.

No utilizar vida suero oral.

Suspender la alimentación por más de cuatro horas.

Atención medica tardía por no haber identificado signos de alarma o por inaccesibilidad.

Automedicación sin prescripción médica.

No trasladar el paciente al hospital, cuando así se le indico.

De la atención por el personal no médico.

No se identificaron signos de alarma.

Indicación de suspender la alimentación por más de 4 horas.

No se indico vida suero oral.

Indicar medicamentos injustificados.

No se realizó referencia oportuna al hospital.

De la atención médica.

No identificar factores de mal pronóstico.

No identificar oportunamente signos de alarma.

Indicar suspender alimentación por más de 4 horas.

No indicar vida suero oral.

No indicar terapia de hidratación oral.

Indicar medicamentos no justificados.

No referir oportunamente al hospital.

No brindar la atención, aun cuando fue solicitada.

De la atención en el hospital.

No brindar atención a pesar de haber sido solicitada.

Realizar un diagnóstico incorrecto.

Aplicar un tratamiento inadecuado.

Dar de alta prematuramente.

ANEXO 4 Instructivo de llenado

Instructivo de llenado de la cedula para el responsable del menor.

Descripción:

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

Instrucciones Generales:

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

El entrevistador debe seguir las instrucciones específicas de cada rubro, procurando que el vaciado de los datos sea claro, legible y con letra de molde. En las preguntas abiertas 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 no sugiera o acepte respuestas condicionadas. El buen entrevistador debe de ser atento, inspirar confianza y debe saber obtener información de una persona que ha sufrido una lamentable pérdida familiar.

Llenado de la cedula.

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

Identificación:

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

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

Delegación: En su caso señale, nombre, número del área administrativa de la institución de seguridad social que levanta la cedula.

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 cedula.

Realizada por: Nombre de la persona que realiza la entrevista.

II Datos del certificado de defunción.

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

Nombre y apellidos del niño (a) 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 Corresponde a los datos de identificación del caso, nombre y número de la localidad y municipio (o delegación, para el d.f.) respectivamente.

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

4. Mencione si es derechohabiente de una institución de seguridad social, pertenece a otra, a ninguna o se ignora.

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

6. Fecha y hora que murió el menor.

7. Anote las causas de muerte.

III. Instructivo para el entrevistador:

(Lea previamente el texto, para que esto facilite el manejo de la entrevista)

8. En el supuesto caso, de que no sea posible la entrevista, exprese el motivo. Sin embargo, es aquí donde el buen entrevistador obtiene la información buscando otras alternativas de convencimiento. Siempre siendo atento e informando a la

persona entrevistada la confidencialidad y la importancia de la información proporcionada. En caso de rechazo absoluto de las gracias y retírese.

IV Datos del responsable del menor.

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

9. Señale que parentesco tiene la persona entrevistada con el menor fallecido.

10. Edad en años cumplidos del entrevistado.

11. Si sabe leer y escribir, señale la opción correspondiente. En caso de que la persona solo sepa leer o escribir, anótelo afirmativamente.

12. La pregunta está orientada a detectar si algún hermano del 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 medio habitual de transporte, de su casa al consultorio o clínica más cercana.

v. Padecimiento.

14. Para iniciar la descripción de cómo inicio y ocurrieron las molestias o síntomas de la enfermedad diarreica, se necesita saber la fecha de cuando empezó su padecimiento por año, mes, día, hora, minutos.

Lea el texto que tiene la cedula para solicitar 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 solicito atención y las indicaciones dadas en cada una de dichas atenciones. Si es insuficiente dadas en cada una de dichas atenciones. Si es insuficiente el espacio para describir los datos, continúe al reverso de la hoja.

15. La verificación de los signos en esta pregunta, servirá para aclarar la fecha de inicio y días de duración.

16. Anote cuantas evacuaciones diarreicas tuvo en las primeras 24 horas de hincado el padecimiento y también en las últimas 24 horas antes del fallecimiento.

17. Aquí anote cuantos días, horas y minutos en total duro su enfermedad.

VI. ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOGAR.

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

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

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

23. Que le diga en cuanta 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.

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

25. Señale si además de vida suero oral le agregó otro ingrediente.

26. especifique que cantidad le dió, puede interrogar por el sobrante de lo preparado y calcular lo que le dió.

27. Si le dió vida suero oral pregunte y especifique de acuerdo a las opciones.

28. señale si le dió otro tipo de suero. Especifique el nombre.

29. En caso de que le haya proporcionado otro liquido casero recomendado con mayor frecuencia y cantidad que lo habitual en casos de diarreas (atole, de arroz, o de maíz, sopas de zanahoria, lenteja, papa, caldo de pollo desengrasado, agua de coco verde, yogurt, infusiones o tés de manzanilla, guayaba o limón o yerbababuena y agua de frutas frescas). Especifique cual o cuales utilizó.

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

VII Primera Atención fuera del Hogar.

En este apartado se obtiene con la información de la primera consulta ya sea con personal médico u otro tipo de personal.

31-32 estas preguntas van encaminadas a conocer si consulto con un profesional médico o personal no médico sobre la salud de su niño. Explique

El porqué, ya sea respuesta afirmativa o negativa. En caso de que no haya solicitado alguna consulta, pase a la pregunta 88.

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

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

35. Anote a cuantas consultas lo llevó.

36. Utilice como referencia el relato de la madre en la pregunta 14. En uno para la primera, dos para la segunda y a si sucesivamente: tipo de personal: médico, especifique si fue privado, S.S.A, IMSS. O ISSSTE, etc: otro tipo de personal de salud, etc. Boticario, o farmacéutico, curandero, etc.

38-39 Indique si se le recomendó ayuno al menor.

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

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

42. Que le diga como se lo indico, en cuanto agua lo preparo, de ser posible que le muestre el recipiente que utilizo y verifique la cantidad preparada, haga la conversión a mililitros y anote según corresponda. Es necesario que lleve consigo un depósito con unidades de medida.

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

44. En caso de que le haya indicado otro liquido 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, yogurt, infusiones o tés de manzanilla, guayaba, limón, o hierbabuena y agua de frutas frescas) anote cual o cuales fueron.

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

46. Señale si le indicó que regresara en caso de que notara otro tipo de molestias o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta

47. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dió.

48. Señale si hubo indicación de volver a consulta: en caso afirmativo en que tiempo (días, horas).

49. En esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso negativo pase a la pregunta 51.

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

51. Señale si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo `pase a la pregunta 55.

52. Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo diga la razón del por qué no lo llevó.

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

54. Que le digan si no fue hospitalizado, porque razón.

55-61 estas preguntas verifican si siguió las indicaciones que le dieron la primera consulta.

VIII. Consultas(s) subsecuentes(s)

62. Si recibió una segunda, identifique si fue la misma persona.

64-65. de la persona con quien consultó la segunda vez, indique si le indicó dejar en ayuno al menor.

66. Si la respuesta es negativa continúe con la pregunta 69.

67. Pregunte si le indicó como preparar y darle el VSO. En caso negativo pase a la pregunta 69.

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

69. Señale si le dió otro tipo de suero. Especifique el nombre.

70. En caso de que le haya indicado otro líquido casero recomendado con mayor frecuencia y cantidad que lo habitual en casos de diarreas, (atole de arroz o de maíz, sopas de zanahoria, lenteja, papa, caldo de pollo

desgrasado, agua de coco verde, yogurt , infusiones o tés de manzanilla, guayaba, limón o hierbabuena y agua de frutas frescas)

Anote cual o cuales fueron.

71. Señale si le dieron algún medicamento. Especifique el nombre y de ser posible verifique con la receta, frasco o caja. En caso negativo pase a la pregunta 73.

72. Señale si le indicó que regresara en caso de que notara otro tipo de molestias o agravamiento del menor. En caso negativo pase a la pregunta.

73. En caso afirmativo, especifique las indicaciones que le dió.

74. Señale si hubo indicación de volver a consulta: en caso afirmativo en tiempo (días, horas).

75. Esta pregunta se orienta a conocer si le informó como reconocer signos de alarma. En caso de ser negativo pase a la pregunta 77.

76. Complementando la pregunta anterior, verifique que datos le dió que identificara en el menor para detectar gravedad. Deje que la madre responda libremente y señale según corresponda.

77. Investigue y anote si le indicó que lo llevara al hospital. En caso negativo. Pase a la pregunta 81.

78. Identifique si lo llevó al hospital, en caso negativo que le diga la razón de porque no lo llevó.

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

80. Que le diga, sino fue hospitalizado porque razón.

81-87 Estas preguntas son para verificar si siguió las indicaciones que le dieron en la segunda consulta.

Lea la nota y siga las instrucciones en caso de haber recibido más consultas.

IX Lugar de defunción.

88. Pregunte a la madre en donde murió el niño y especifique según la opinión. Corrobore con el dato del certificado de defunción.

X Capacitación.

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

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

ANEXO 5

Cronograma de autopsias verbales
Facultad de enfermería

ACTIVIDADES	ENERO		FEBRERO		MARZO		
	7-14	21-28	11	18-25	3	10	
REVISION DE PROTOCOLO. OBSERVACIONES Y CORRECCIONES							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
REVISION DE PROTOCOLO. OBSERVACIONES Y CORRECCIONES							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
REVISION DE PROTOCOLO. OBSERVACIONES Y CORRECCIONES							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
REVISION DE PROTOCOLO. OBSERVACIONES Y CORRECCIONES. PRESENTACION 2DA. PLENARIA							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
CAPACITACION EN LA ELABORACION DE LA BASE DE DATOS EN S.P.S.S.							L.E. MA. TERESA GUERRERO
ELABORACION DE BASE DE DATOS							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
CAPTURA DE LA INFORMACION EN SPSS							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
ELABORACION DE GRAFICOS							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ANALISIS DE RESULTADOS HACER DISCUSION							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
ELABORAR EL INFORME ENCUADERNADO							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN
ENSAYO							ENF. SILVIA ROBLES GALVAN

Anexo 6. Clasificación de los municipios del estado.

- 001 Ahualulco
- 002 Alaquines
- 003 Aquismon
- 004 Armadillo de los Infantes
- 005 Cárdenas
- 006 Catorce
- 007 Cedral
- 008 Cerritos
- 009 Cerro de san pedro
- 010 Ciudad del maíz
- 011 Ciudad Fernández
- 012 Tancanhuitz
- 013 Ciudad valles
- 014 Coxcatlan
- 015 Charcas
- 016 Ébano
- 017 Guadalcazar
- 018 Huehuetlan
- 019 Lagunillas
- 020 Matehuala
- 021 Mezquitic de Carmona
- 022 Moctezuma
- 023 Rayón
- 024 Rio verde
- 025 Salinas
- 026 San Antonio
- 027 San Ciró de Acosta
- 028 San Luis Potosí

- 029 San Martín Chalchicuatla
- 030 San Nicolás Tolentino
- 031 Santa Catarina
- 032 Santa María del río
- 033 Santo domingo
- 034 San Vicente Tancuayalab
- 035 Soledad de Graciano Sánchez
- 036 Tamasopo
- 037 Tamazunchale
- 038 Tampacan
- 039 Tampamolón de corona
- 040 Tamuin
- 041 Tanlajas
- 042 Tanquian de Escobedo
- 043 Tierra nueva
- 044 Vanegas
- 045 Venado
- 046 Villa de Arriaga
- 047 Villa de Guadalupe
- 048 Villa de la Paz
- 049 Villa de Ramos
- 050 Villa de Reyes
- 051 Villa Hidalgo
- 052 Villa Juárez
- 053 Axtla de Terrazas
- 054 Xilitla
- 055 Zaragoza
- 056 Villa de arista
- 057 Matlapa
- 058 El naranjo

**Anexo 7: Autopsias verbales realizadas del 2000 al 2007 por
municipio**

001	Ahualulco	3
002	Alaquines	2
003	Aquismón	19
004	Armadillo de los infantes	1
005	Cárdenas	2
006	Catorce	1
007	Cedral	0
008	Cerritos	37
009	Cerro de San Pedro	0
010	Ciudad del Maíz	4
011	Ciudad Fernández	2
012	Tancanhuitz	5
013	Ciudad valles	14
014	Coxcatlan	3
015	Charcas	2
016	Ébano	0
017	Guadalcazar	0
018	Huehuetlan	0
019	Lagunillas	1
020	Matehuala	4
021	Mezquitic de Carmona	6
022	Moctezuma	3
023	Rayón	2
024	Río verde	13
025	Salinas	1
026	San Antonio	0
027	San Ciro de Acosta	0

028	San Luis Potosí	39
029	San Martín Chalchicuautla	0
030	San Nicolás Tolentino	0
031	Santa Catarina	4
032	Santa María del río	7
033	Santo Domingo	1
034	San Vicente Tancuayalab	6
035	Soledad de Graciano Sánchez	13
036	Tamasopo	10
037	Tamazunchale	4
038	Tampacan	0
039	Tampamolón de corona	0
040	Tamuín	0
041	Tanlajas	11
042	Tanquian de Escobedo	1
043	Tierra nueva	1
044	Vanegas	0
045	Venado	0
046	Villa de Arriaga	1
047	Villa de Guadalupe	1
048	Villa de la Paz	0
049	Villa de Ramos	1
050	Villa de reyes	4
051	Villa hidalgo	4
05	Villa Juárez	0
053	Axtla de terrazas	0
054	Xilitla	5
055	Zaragoza	7
056	Villa de arista	3

057 Matlapa	6
058 El naranjo	2

Anexo 8 Alimentación del menor:

Dar al niño con diarrea abundantes líquidos y vida suero oral hasta que esta desaparezca que va de 3 a 5 días.

Paciencia al momento de alimentar al menor.

Continuar con la alimentación habitual evitando alimentos grasosos, condimentados, o picantes como el chicharrón, chile y mole.

Preparar los alimentos realizarlo con la mayor higiene posible.

Si el niño es alimentado al seno materno no suspenderla ya que esta protege contra la diarrea.

Alimentar al niño con pequeñas cantidades de alimentos fáciles de digerir como manzana, plátano, chayote, arroz, atoles, pan, galletas, purés y papillas, aumentando su frecuencia ya que estos ayudan a su pronta recuperación.

Si es alimentado con leche materna incrementar su frecuencia y no suspenderla debido a que le ayuda a defenderse de la diarrea y otras enfermedades.

Dar al niño líquidos en pequeñas cantidades y posteriormente intentar dar alimentos al niño en pequeñas cantidades hasta que tolere la vía oral.

No administrar medicamentos contra diarrea solo bajo prescripción del médico.

Llevar al niño a recibir atención médica.

Promover la lactancia materna.

Mantener la basura tapada.

Beber agua hervida o clorada.

Consumir alimentos limpios.

Lavarse las manos antes de preparar los alimentos y después de ir al baño.

Utilizar el sanitario o letrina y si no cuentan con estos cubrir el excremento con cal o tierra.

Anexo 9 Higiene de los alimentos:

Para evitar que los alimentos nos causen enfermedades debemos de hacer lo siguiente:

Lavar las manos con agua y jabón antes de prepara alimentos y de comer.

Si no cuentas con agua de garrafón es necesario hervirla durante 15 min. y guárdala en recipientes limpios.

Lavar con agua y estropajo las frutas y verduras de cáscara gruesa inclusive las que se pelan antes de consumir.

Poner a reposar frutas y verduras que no se puedan tallar como fresas y verduras de hojas verdes en agua con cloro durante 30 min.(se prepara con cinco gotas de cloro por litro).

Lavar las verduras con hojas, hoja por hoja al chorro del agua.

No consumir animales que mueran por enfermedad o por causa desconocida.

Lavar al chorro del agua la carne y el huevo antes de cocinarse.

Cocer o freír los alimentos especialmente los de origen animal como carne de cerdo, pescados y mariscos.

No consumir preparaciones a base de pescados y mariscos que se venden en la calle, el calor y el polvo favorecen a su descomposición más rápido.

No consumir alimentos en la calle.

Hervir la leche durante 20 min.

Limpia los granos y semillas secas de arroz y frijol, lavarlos muy bien con agua limpia.

Revisar que las latas de los alimentos no estén abombadas, abolladas u oxidadas porque se consideran contaminadas.

Evitar toser o estornudar sobre los alimentos al prepararlos.

Consumir los alimentos inmediatamente después de cocinarlos, de no ser posible guardarlo en el refrigerador o en un lugar fresco en un recipiente limpio y con tapa. antes de volver a consumirlos volver a calentarlos hasta que hiervan para matar los microbios que se hubieran producido.

No conservar restos de comida que los niños pequeños dejan en su plato para el día siguiente ya que se descomponen fácilmente.

Lavar muy bien recipientes que se utilizan para lavar, preparar, almacenar especialmente los que se utilizan en la alimentación de los niños.ⁱ

Una acción preventiva muy eficiente es el lavado de manos utilizando agua y jabón el cual rompe la cadena fecal oral que en su mayoría es lo que ocasiona las enfermedades diarreicasⁱⁱ.

Anexo 10 Norma Oficial Mexicana. NOM 031 –SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño.

Prevención y control de las enfermedades diarreicas:

Medidas de prevención:

La educación para la salud principalmente de la madre de familia y el saneamiento ambiental han comprobado ser las más importantes medidas de prevención.

Estas medidas pueden dividirse en dos tipos: las que interrumpen los mecanismos de transmisión de la enfermedad y las que incrementan la resistencia del huésped ante la infección.

En diferentes estudios sobresale que la lactancia materna es un factor importante para la reducción importante de la incidencia por diarreas en los niños menores de 6 meses, en general la eliminación adecuada de excretas, el uso de agua potable, el lavado de manos y el manejo correcto de las heces fecales en los niños con diarrea.

Se cuenta con acciones específicas efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas como son:

Coloración del agua y procedimientos de desinfección.

Lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a seis meses de edad.

Mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los 4 meses.

Promoción de higiene en el hogar con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea.

Completar esquema de vacunación de acuerdo a la edad.

Administración de vitamina "A" (eleva la resistencia inmunológica ante la infección)

Medidas de control:

Comprende tres acciones principales:

Primera: La administración de líquidos en formas de tes, aguas de frutas, cocimientos de cereal y vida suero oral.

Segunda: el mantener la alimentación habitual, estas acciones evitan la deshidratación que es la complicación de la diarrea y la desnutrición.

Tercera: dirigida a la madre o al cuidador en ser capaz de reconocer los signos de alarma de manera oportuna y la presencia de complicaciones.

La enfermedad diarreica aguda de acuerdo a su estado de deshidratación se clasifican en: sin deshidratación, es aquel que se presenta en menos de 4 evacuaciones líquidas en 24 horas, ausencia de vomito, son signos clínicos de deshidratación.

Con deshidratación: en este presenta dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

Inquieto o irritable.

Ojos hundidos, llanto sin lágrima.

Boca y lenguas secas, saliva espesa.

Respiración rápida.

Sed aumentada bebe con avidez.

Elasticidad de la piel mayor o igual a dos segundos.

Pulso rápido.

Llenado capilar de tres a cinco segundos.

Fontanela anterior hundida (lactantes)

En el caso de choque hipovolémico: se presentan dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

Inconsciente o hipotónico.

No puede beber.

Pulso débil o ausente.

Llenado capilar mayor de cinco segundos.

El manejo de las enfermedades diarreicas se basa en tres planes generales de tratamiento:

Plan A: dirigido a pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación, con atención en el hogar, continuar con alimentación habitual.

Aumentar la ingesta de líquidos de uso regular en el hogar así como vida suero oral de este último, en los niños menores de un año ofrecer media taza (75 ml) y

en los mayores de un año, una taza (150 ml) y administrarlo a cucharadas o mediante pequeños sorbos después de cada evacuación.

Capacitar a la madre en reconocer los signos de alarma y de rehidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas como pueden ser: sed intensa, poca ingesta de líquidos, y alimentos numerosas heces líquidas, fiebre, vomito, y sangre en las evacuaciones esto es con el fin de que reconozcan cuando se empieza a complicar el estado de salud y que acudan nuevamente a solicitar atención médica oportuna.

Plan B: indicado para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud: administrar vida suero oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante 4 horas.

Si el paciente presenta vomito esperar 10 min e intentar otra vez, la hidratación oral más lentamente.

Cuando el estado de salud mejora se pasa al plan a de lo contrario se continua con el plan b otras 4 horas de no existir mejoría se pasa al plan c.

Si los vómitos persisten, existe rechazo al vida suero oral o gasto fecal elevado se deberá colocar sonda nasogástrica a razón de 20 a 30 ml. De vida suero oral por kilo de peso por hora.

Plan C: para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación inicie inmediatamente administración de líquidos por vía intravenosa con solución hartmann sino se encuentra disponible utilice solución isotónica al 0.9% de acuerdo al siguiente esquema:

En la primera media hora: 50 ml por kilo de peso, en la segunda hora. 25 ml. Por kilo de peso, en la tercera hora: 25 ml. Por kilo de peso.

Recomendaciones:

Evalúe continuamente al paciente, sino mejora aumente la velocidad de la infusión.

Cuando de pueda beber usualmente es después de 2 a 3 horas administre vida suero oral a dosis de 25 ml por kilo de peso por hora, mientras continua con líquidos intravenosos.

Al completar la dosis intravenosa. Evalúe al paciente para seleccionar plan a o b y retirar venoclisis o repetir el plan c.

Si selecciona el plan a observe durante dos horas para asegurarse de que el responsable encargado del paciente puede mantenerlo hidratado con vida suero oral y además alimentarlo en su domicilio.

Uso de antimicrobianos:

Los antimicrobianos no son de utilidad en el tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas en el 90% de los casos, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue y ocasionar resistencia bacteriana. Los antimicrobianos solo están indicados en casos de diarrea por *Shigella* sp, *Vibrio cholerae*, presencia de trofoitos de *Entamoeba histolytica* *Giardia lamblia*.

Para el efecto de notificación de casos y defunciones por enfermedad diarreicas se considerara la décima revisión de la clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud que incluye:

A01 Cólera

A02 Fiebre tifoidea o salmonela

A03 Shigelosis.

A04 otras infecciones intestinales bacterianas

A05 Amibiasis

A06 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios.

A07 Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados.

A08 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Anexo 11 Relación de tablas.

1.- Tabla 1

Autopsias verbales en niños menores de 5 años por jurisdicción sanitaria
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Jurisdicción	frecuencia	porcentaje
I	3	13
II	0	0
III	4	17.4
IV	5	21.7
V	5	21.7
VI	6	26.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

2.- Tabla 2

Autopsias verbales distribuido por edad
San Luis Potosí
Enero-diciembre 2007

Edad	frecuencia	porcentaje
Menor de 4 meses	2	8.7
4 a 6 meses	7	30.4
7 a 12 meses	7	30.4
13 a 24 meses	6	26.1
25 a 48 meses	1	4.3
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

3.- tabla 3

Autopsias verbales por sexo
San Luis Potosí
Enero-diciembre 2007

sexo	frecuencia	porcentaje
Masculino	13	56.5%
Femenino	10	43.5%
Total	23	100%

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

4.- tabla 4

Autopsias verbales distribuidas por hora de defunción
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Hora	frecuencia	porcentaje
1:00 HRS	1	4.3
2:00 HRS	2	8.7
3:00 HRS	1	4.3
4:00 HRS	3	13.0
6:00 hrs	1	4.3
7:00 hrs	1	4.3
8:00 HRS	1	4.3
10:00 hrs	3	13.0
11:00 hrs	2	8.7
14:00 hrs	2	8.7
16:00 hrs	1	4.3
17:00 hrs	1	4.3
18:00 hrs	1	4.3
20:00 hrs	1	4.3
22:00 hrs	1	4.3
se ignora	1	4.3
Total	23	100

Fuente: Autopsias verbales en defunción por diarreas

5.- tabla 5

Parentesco del informante
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Parentesco	frecuencia	porcentaje
Mama	15	65.2
Abuela	4	17.4
Papa	1	4.3
Tia	1	4.3
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

6.- tabla 6

Instrucción del informante San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Sabe leer y escribir	frecuencia	porcentaje
Si	13	56.5
No	5	21.7
Se ignora	5	21.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

7.- tabla 7

Edad del informante San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Edad	frecuencia	Porcentaje.
15 a 19 años	2	8.7
20 a 24 años	5	21.7
25 a 29 años	2	8.7
30 a 34 años	2	8.7
35 a 39 años	1	4.3
45 a 49 años	2	8.7
50 a 54 años	1	4.3
55 a 59 años	2	8.7
60 y mas	1	4.3
Se ignora	5	21.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

8.- tabla 8

Presencia de vomito San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Presencia de vomito	frecuencia	porcentaje
Si	16	69.6
No	5	21.7
Se ignora	2	8.7
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

9.- tabla 9

Fontanela hundida San Luís Potosí Enero-diciembre 2007		
Fontanela hundida	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	14	60.9
Se ignora	3	13
total	23	23

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

10.- tabla 10

Presencia de ojos hundidos San Luís Potosí Enero-diciembre 2007		
Ojos hundidos	frecuencia	porcentaje
Si	13	56.5
No	8	34.8
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

11.- tabla 11

Presencia de ojos hundidos San Luís Potosí Enero-diciembre 2007		
Ojos hundidos	frecuencia	porcentaje
Si	13	56.5
No	8	34.8
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

12.- tabla 12

Boca seca San Luís Potosí Enero-diciembre 2007		
Boca seca	frecuencia	porcentaje
Si	15	65.2
No	6	26.1
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

13.- tabla 13

Mucha sed San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Mucha sed	frecuencia	porcentaje
Si	15	65.2
No	4	26.1
Se ignora	4	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarrea

14.- tabla 14

Inquieto o irritable San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Inquieto o irritable	frecuencia	porcentaje
Si	14	60.9
No	7	30.4
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

15- tabla 15

Dejo de comer San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Dejo de comer	frecuencia	porcentaje
Si	10	43.5
No	10	43.5
Se ignora	3	13
Total	23	23

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

16.- tabla 16

Dificultad para despertarse San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Dificultad para despertar	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	16	69.6
Se ignora	3	13
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

17- tabla 17

Dejó de orinar San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Dejó de orinar	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	12	52.2
Se ignora	7	30.4
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

18.- tabla 18

Duración total de la enfermedad San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
tiempo	frecuencia	porcentaje
0 a 12 horas	4	17.4
13 a 24 horas	5	21.7
25 a 36 horas	1	4.3
37 a 48 horas	5	21.7
49 a 72 horas	1	4.3
73 a 96 horas	5	21.7
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

19.- tabla 19

El niño fue atendido en casa San Luis Potosí Enero-diciembre 2007		
Fue atendido en casa	frecuencia	porcentaje
Si	13	56.5
No	8	34.8
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

20- tabla 20

Suspendió el pecho por más de 4 horas San Luis Potosí Enero -diciembre 2007		
Suspendió seno materno	frecuencia	porcentaje
Si	11	47.8
No tomaba	7	30.4
Se ignora	5	21.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

21.- tabla 21

Suspendió alimentos por más de 4 horas
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Suspensión de alimentos	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	14	60.9
Se ignora	3	13
total	23	23

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

22.- tabla 22

Le dió vida suero oral
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

hidratación	frecuencia	porcentaje
Si	8	34.8
No	8	34.8
No contesto	1	4.3
Se ignora	6	26.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarrea

23.- tabla 23

Con cuanta agua lo preparo
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Cantidad de agua	frecuencia	porcentaje
250 ml.	1	4.3
Menos de 1 litro	5	21.7
Un litro	4	17.4
Se ignora	13	56.5
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

24- tabla 24

Vació todo el sobre
San Luís Potosí
Enero-diciembre 2007

Vacio todo el sobre	frecuencia	porcentaje
Si	7	30.4
No	1	4.3
Se ignora	15	65.2
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

25.- tabla 25

Le dió otro tipo de suero
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le dió otro tipo de suero	frecuencia	porcentaje
Si	3	13
No	12	52.2
Se ignora	8	34.8
Total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

26.- tabla 26

Le dió te u otro liquido en mayor cantidad de lo habitual
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le dio te u otro liquido	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	12	52.2
Se ignora	9	39.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

27.- tabla 27

Le dió alguna medicina
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le dió alguna medicina	frecuencia	porcentaje
Si	8	34.8
No	9	39.1
Se ignora	6	26.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

28.- tabla 28

Nombre de la medicina San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
medicamento	frecuencia	porcentaje
No recuerda	2	8.7
Paracetamol gotas	3	
No contesto	1	13
Dimacol	1	4.3
Mejoradito	1	4.3
Furazolidona, diyodohidroxiquinoleina Caolin 200 y pectina 200 Homatropina.	1	4.3
Se ignora	6	26.1
No	8	34.8
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

29.- tabla 29

Lo llevo con alguien a consulta San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
Lo llevo con alguien	frecuencia	porcentaje
Si	19	82.6
No	1	4.3
Se ignora	3	13
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

30.- tabla 30

A cuantas consultas lo llevo según las autopsias verbales San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
Número de consultas	frecuencia	porcentaje
1	11	47.8
2 a 3	10	43.5
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

31.- tabla 31

Suspendió el pecho por más de 4 horas según las autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió el pecho	frecuencia	porcentaje
No	9	39.1
No tomaba	11	47.8
No especificado	1	4.3
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

32.- tabla 32

Suspendió alimentos por más de 4 horas según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió alimentos	frecuencia	porcentaje
Si	1	4.3
No	19	82.6
No especificado	1	4.3
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

33.- tabla 33

Suspendió vida suero oral según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió vida suero oral	frecuencia	porcentaje
Si	10	43.5
No	11	47.8
Se ignora	2	8.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

34.- tabla 34

Le indico como lo prepararan y como se lo dieran
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le indicaron como prepararlo	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	3	13
El médico pregunto si lo sabia preparar y le dije que sí	1	4.3
Se ignora	13	56.5
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

35.- tabla 35

Que lo preparara en un litro de agua
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Lo preparo en un litro de agua.	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	0	0
Se ignora	17	73.9
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

36.- tabla 36

Que usara todo el sobre
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Uso todo el sobre	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.7
No	0	0
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

37.- tabla 37

Que lo revolvió bien
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Lo revolvió bien	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	1	4.3
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

38.- tabla 38

Que se lo diera después de cada evacuación frecuente.
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Que lo diera después de cada evacuación.	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.70
No	0	0
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

39.- tabla 39

Le indico otro suero
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le indico otro suero	frecuencia	porcentaje
No	17	73.9
En la vena	2	8.7
Se ignora	4	17.4
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

40- tabla 40

Te u otro liquido
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Te u otro liquido	frecuencia	porcentaje
Si	1	4.3
No	17	73.9
Se ignora	5	21.7
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

41.- tabla 41

Le indico alguna medicina
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Le indico alguna medicina	frecuencia	porcentaje
Si	11	47.8
No	8	34.8
Se ignora	3	13
No recuerda	1	4.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

42.- tabla 42

Presencia de fiebre
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Presencia de fiebre	frecuencia	porcentaje
Si	3	13
No	2	8.7
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

43.- tabla 43

Evacuaciones con sangre
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Evacuaciones con sangre	frecuencia	porcentaje
Si	3	13
No	2	8.7
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

44- tabla 44

Sed intensa
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Sed intensa	frecuencia	porcentaje
Si	3	13
No	2	8.7
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

45- tabla 45

Poca ingesta de líquidos o alimentos
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Poca ingesta de líquidos o alimentos	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	3	13
Se ignora	18	78.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

46.- tabla 46

Vómitos frecuentes
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Vómitos frecuentes	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	2	8.7
Se ignora	17	73.9
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

47.- tabla 47

Numerosas heces líquidas
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Numerosas heces líquidas	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	2	8.7
Se ignora	17	73.9
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

48.- tabla 48

Lo envió al hospital San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
Lo envió al hospital	frecuencia	porcentaje
Si	8	34.8
No	11	47.8
Se ignora	4	17.4
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

49- tabla 49

De acuerdo a la indicación lo llevo al hospital San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
De acuerdo a la indicación lo llevo al hospital	frecuencia	porcentaje
Si	7	30.4
No	5	21.7
Se ignora	11	47.8
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

50.- tabla 50

Le dieron atención en el hospital San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
Le dieron atención en el hospital	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	4	17.4
Se ignora	13	56.5
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

51.- tabla 51

Lo hospitalizaron San Luis Potosí Enero- diciembre 2007		
Lo hospitalizaron	frecuencia	porcentaje
Si	7	30.4
No	3	13
Se ignora	13	56.5
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

52.- tabla 52

Suspendió alimentos por más de 4 horas
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió alimentos por más de 4 horas	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	15	65.2
Se ignora	6	26.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

53.- tabla 53

Le dio vida suero oral como se lo indicaron
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le dio el vida suero oral como se lo indicaron	frecuencia	porcentaje
Si	10	43.5
No	3	13
Porque fue hospitalizado	1	4.3
No se lo indicaron	2	8.7
Se ignora	7	30.4
Total.	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

54.- tabla 54

¿Le dio otro suero?
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

¿Le dio otro suero?	frecuencia	porcentaje
Si	1	4.3
No	15	65.2
Se ignora	6	26.1
venodiseccion	1	4.3
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

55.- tabla 55

¿Le dio otro te o liquido?
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

¿Le dio otro te o liquido?	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.7
No	11	47.8
Se ignora	7	30.4
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

56.- tabla 56

Le dio la medicina
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Le dio la medicina	frecuencia	porcentaje
Si	11	47.8
No	4	17.4
Se la estaban dando en el hospital.	3	13
Se ignora.	5	21.7
Total.	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

57.- tabla 57

Lo atendió la misma persona según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Lo atendió la misma persona	frecuencia	porcentaje
Si	3	13.0
No	1	4.3
Otra persona	8	34.8
Se ignora	11	47.8
Total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

58.- tabla 58

Suspendió alimentos por más de 4 horas según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió alimentos por mas de 4 horas	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	8	34.8
No tomaba	3	13.0
Se ignora	10	43.5
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

59 tabla 59

Le dio vida suero oral según las autopsias verbales
San Luís Potosí
Enero- diciembre 2007

Fontanela hundida	frecuencia	porcentaje
Si	2	8.7
No	10	43.5
No sabe	2	8.7
Se ignora	9	39.1
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

60- tablas 60

Le dio otro suero según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Le dio otro suero	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	5	21.7
En la vena	2	8.7
Se ignora	12	52.2
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

61 tablas 61

Le dio te u otro liquido según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Le dio otro te u liquido	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	4	17.4
Te de flor de toro, nuez moscada y manzanilla.	1	4.3
Se ignora	14	60.9
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

62 tablas 62

Alguna medicina según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Alguna medicina	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	4	17.4
No recuerda	1	4.3
Se ignora	14	60.9
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

63 tablas 63

Lo envlo al, hospital según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Lo envlo al hospital	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	5	21.7
Se ignora	12	52.2
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

64.- tablas 64

Lo atendieron en el hospital según las autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Lo atendieron en el hospital	frecuencia	porcentaje
Si	5	21.7
No	4	17.4
Falleció en el trayecto	1	4.3
Se ignora	13	56.5
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

65.- tabla 65

Lo hospitalizaron según las autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Lo hospitalizaron	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	3	13.0
Se ignora	14	60.9
Total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

66.- tabla 66

Suspendió pecho según las autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió pecho	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No tomaba	2	8.7
No especificado	2	8.7
Se ignora	13	56.5
Total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por día

67.- tabla 67

Suspendió alimentos según las autopsias verbales
San Luis Potosí
Enero- diciembre 2007

Suspendió alimentos	frecuencia	porcentaje
Si	1	4.3
No	9	39.1
Se ignora	13	56.5
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

68.- tabla 68

Dio vida suero oral según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Dio vida suero oral	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	4	17.4
Estuvo hospitalizado 2 horas en hidratación	1	4.3
Se ignora	14	60.9
Total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

69.- tabla 69

Le dio la medicina según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Le dio la medicina	frecuencia	porcentaje
Si	4	17.4
No	3	13.0
No le dieron	1	4.3
Se ignora	15	65.2
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

70.- tabla 70

Murió en el hogar según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Murió en el hogar	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	14	60.9
Se ignora	3	13.0
total	23	100

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

71.- tabla 71

Murió en el consultorio u unidad de primer nivel según las autopsias verbales
San Luís Potosí

Enero- diciembre 2007

Murió en el consultorio u unidad de primer nivel	frecuencia	porcentaje
Si	1	4.3
No	18	78.3
Se ignora	4	17.4
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

72.- tabla 72

Murió en la clínica u hospital según las autopsias verbales
 San Luís Potosí
 Enero- diciembre 2007

Murió en la clínica u hospital	frecuencia	porcentaje
Si	8	39.1
No	11	47.8
Se ignora	4	17.4
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

73.- tabla 73

Murió en el traslado según las autopsias verbales
 San Luís Potosí
 Enero- diciembre 2007

Murió en el traslado	frecuencia	porcentaje
Si	6	26.1
No	13	56.5
Se ignora	4	17.4
total	23	100.0

Fuente: Indirecta. Autopsias verbales en defunción por diarreas

Anexo 12 Glosario de términos:

Autopsia verbal: Es la entrevista que se practica a la madre o responsable del fallecido durante su último padecimiento. Se ha utilizado con varios fines: principalmente para evaluar los factores de riesgo y definir causa de muerte, en aquellas regiones donde no se cuenta con un sistema eficiente de registro.

Deshidratación: Pérdida excesiva de líquidos y electrolitos del cuerpo

Desnutrición: Estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas tiene varios grados de intensidad: leve, moderado, y severo, además se clasifica en aguda y crónica.

Diarrea: Enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitante caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes en número de 3 o más en 24 horas.

Eslabón Crítico: Es una herramienta gerencial que se utiliza para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención.

Fontanela: Zona blanda que corresponde a los espacios membranosos que existen en el cráneo humano antes de su completa osificación, en los niños menores de 18 meses, también es conocida como mollera.

Gasto fecal elevado: Más de 10 gramos por kilo por hora o más de 3 evacuaciones por hora.

Lactancia materna exclusiva: Es la alimentación de los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros cuatro meses de vida.

Lactante: Niño menor a los 2 años de edad.

Muerte por diarrea aguda: Se definió como un cuadro diarreico menor o igual a 15 días de evolución caracterizado por más de tres evacuaciones en 24 horas, disminuidas en consistencia y diferentes del patrón normal de evacuaciones de ese niño. Más la presencia de deshidratación por lo menos dos de los siguientes signos: inquieto o irritable, ojos hundidos, llanto sin lágrimas, fontanela deprimida, sequedad de boca o saliva espesa, sed y respiración profunda o letargo) septicemia (fiebre o hipotermia con ataque al estado

general, sin deshidratación) o complicación abdominal por más de 12 horas que no cedió al hidratar al niño

Terapia de hidratación oral: a la administración por la boca de líquidos seguros y vida suero oral para prevenir o tratar la deshidratación.

