

No. DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_

No. SEGMENTO CORRELATIVO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

**CUESTIONARIO  
DE AUTOPSIA VERBAL**

**ENCUESTA  
NACIONAL DE  
EPIDEMIOLOGÍA  
Y  
SALUD  
FAMILIAR**

**ENESF-2001**

**ASOCIACIÓN  
HONDUREÑA DE  
PLANIFICACIÓN DE  
FAMILIA  
(ASHONPLAFA)**

**SECRETARÍA DE  
SALUD PÚBLICA**

TEGUCIGALPA, F.M  
HONDURAS, C.A.

**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD FAMILIAR  
(ENESF-2001)**

**SECRETARÍA DE SALUD (SS)**

**ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIA (ASHONPLAFA)**

**CUESTIONARIO DE AUTOPSIA VERBAL**

**Sólo para menores de 5 años, fallecidos a partir de enero de 1996**

**IDENTIFICACIÓN**

**ENCUESTADORA: COPIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL**

100. CUESTIONARIO N°:.....

101. SEGMENTO CORRELATIVO N°:.....

102. VIVIENDA N°:.....

13. NÚMERO DE LÍNEA DE LA MEF SELECCIONADA .....   
(Cuestionario de la vivienda)

317. NÚMERO DE LÍNEA DEL HIJO QUE MURIÓ.....

NOMBRE DEL HIJO QUE MURIÓ \_\_\_\_\_

317b. FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO QUE MURIÓ:

DÍA:    
MES:    
AÑO:

317f. MES Y AÑO EN QUE MURIÓ:

MES:    
AÑO:

317g. EDAD CUANDO MURIÓ:

DÍAS: 1   
MESES: 2    
AÑOS: 3

Las siguientes preguntas son para ver si se puede identificar la causa de muerte de:

\_\_\_\_\_ (Nombre)

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA																																												
1600	¿El niño/a murió por algún accidente o enfermedad?	ACCIDENTE.....1 ENFERMEDAD.....2	1602																																												
1601	¿Qué accidente tuvo?	_____ _____ _____																																													
<b>ENCUESTADORA: PASE A 1610</b>																																															
1602	En sus palabras ¿Qué es lo que más recuerda Ud. de esa enfermedad?	_____ _____ _____ _____																																													
1603	¿Qué alimentación recibió el niño/a durante la semana antes de morir?  <b>(LEA LAS OPCIONES)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿No comió.. nada?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Leche materna?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Otras leches?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Otros líquidos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>e. ¿Sólidos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	a. ¿No comió.. nada?.....	1	2	9	b. ¿Leche materna?.....	1	2	9	c. ¿Otras leches?.....	1	2	9	d. ¿Otros líquidos?.....	1	2	9	e. ¿Sólidos?.....	1	2	9																					
	SI	NO	NS/NR																																												
a. ¿No comió.. nada?.....	1	2	9																																												
b. ¿Leche materna?.....	1	2	9																																												
c. ¿Otras leches?.....	1	2	9																																												
d. ¿Otros líquidos?.....	1	2	9																																												
e. ¿Sólidos?.....	1	2	9																																												
1604	<b>ENCUESTADORA: VEA EN 317g SI EL NIÑO MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 29 DÍAS DE EDAD</b>	<b>ANTES DE 29 DÍAS..... 1</b> <b>DE 29 DÍAS O MÁS ..... 2</b>	1608																																												
1605	¿Cuánto tiempo antes de nacer <b>(NOMBRE)</b> , se le rompió la fuente (bolsa de agua)?	MINUTOS..... 1 HORAS..... 2 DÍAS..... 3 NUNCA SE LE ROMPIÓ..... 997 NO SABE/NO RECUERDA..... 998																																													
1606	Podría decirme si: <b>(LEER)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. ¿Estaba ud. sangrando en los últimos días del embarazo?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Tenía ud. fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Los dolores de parto duraron más de 13 horas?..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>d. ¿El niño nació de pies?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>e. ¿El niño estaba atravesado?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>f. ¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>g. ¿El niño durante el parto se trabó y no podía salir?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>h. ¿Tuvieron que hacerle cesárea?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>i. ¿Lloró el niño al nacer?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>j. ¿El niño se veía como morado al nacer?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS/NR	a. ¿Estaba ud. sangrando en los últimos días del embarazo?.....	1	2	9	b. ¿Tenía ud. fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?.....	1	2	9	c. ¿Los dolores de parto duraron más de 13 horas?..	1	2	9	d. ¿El niño nació de pies?.....	1	2	9	e. ¿El niño estaba atravesado?.....	1	2	9	f. ¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?.....	1	2	9	g. ¿El niño durante el parto se trabó y no podía salir?	1	2	9	h. ¿Tuvieron que hacerle cesárea?.....	1	2	9	i. ¿Lloró el niño al nacer?.....	1	2	9	j. ¿El niño se veía como morado al nacer?.....	1	2	9	
	SI	NO	NS/NR																																												
a. ¿Estaba ud. sangrando en los últimos días del embarazo?.....	1	2	9																																												
b. ¿Tenía ud. fiebre o calentura alta, vómitos o diarrea en los últimos días antes del parto?.....	1	2	9																																												
c. ¿Los dolores de parto duraron más de 13 horas?..	1	2	9																																												
d. ¿El niño nació de pies?.....	1	2	9																																												
e. ¿El niño estaba atravesado?.....	1	2	9																																												
f. ¿Traía el cordón del ombligo enrollado en el cuello?.....	1	2	9																																												
g. ¿El niño durante el parto se trabó y no podía salir?	1	2	9																																												
h. ¿Tuvieron que hacerle cesárea?.....	1	2	9																																												
i. ¿Lloró el niño al nacer?.....	1	2	9																																												
j. ¿El niño se veía como morado al nacer?.....	1	2	9																																												

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA		
1607	Durante los días antes de que muriera: <b>(LEER)</b>	a. ¿El niño podía mamar?..... 1 2 9 b. ¿Tenía los labios azules o morados?..... 1 2 9 c. ¿Tenía el pecho hundido?..... 1 2 9 d. ¿Tenía la respiración difícil,rápida,ruidosa, cansada?..... 1 2 9 e. ¿Tenía tos?..... 1 2 9 f. ¿Tenía fiebre o calentura alta por más de dos días?..... 1 2 9 g. ¿Tuvo diarrea, es decir heces líquidas más seguido que lo normal?..... 1 2 9 ¿Cuántas veces en 24 horas?..... <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Tenía moco o sangre en la diarrea?..... 1 2 9 h. ¿Tenía vómitos?..... 1 2 9 i. ¿Tenía la piel reseca o arrugada?..... 1 2 9 j. ¿Tenía los ojos hundidos?..... 1 2 9 k. ¿Tenía la mollera hundida?..... 1 2 9 l. ¿Podía orinar?..... 1 2 9 m. ¿Tenía la espalda dura o como doblada?..... 1 2 9 n. ¿Tenía infección en el ombligo?..... 1 2 9 o. ¿Tenía convulsiones o ataques?..... 1 2 9 p. ¿Podía abrir la boca para llorar?..... 1 2 9 q. ¿Podía mover las piernas?..... 1 2 9 r. ¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?..... 1 2 9	SI	NO	NS/NR
<b>ENCUESTADORA PASE A 1609</b>					
1608	Durante la semana antes de que muriera: <b>(LEER)</b>	a. ¿El niño podía mamar?..... 1 2 9 b. ¿Tenía el pecho hundido?..... 1 2 9 c. ¿Tenía la respiración ruidosa, difícil o cansada?... 1 2 9 d. ¿Tenía tos convulsiva (como chifladora)?..... 1 2 9 e. ¿Tenía los labios azules o morados?..... 1 2 9 f. ¿Tenía fiebre o calentura alta por más de dos días?..... 1 2 9 g. ¿Tenía temblores? ..... 1 2 9 h. ¿Tenía escalofríos?..... 1 2 9 i. ¿Sudaba mucho?..... 1 2 9 j. ¿Tenía los ojos rojos y llorosos?..... 1 2 9 k. ¿Tenía erupciones o ronchas en la piel?..... 1 2 9 l. ¿Tenía heridas o rajaduras en los labios?..... 1 2 9 m. ¿Tenía la piel reseca o arrugada?..... 1 2 9 n. ¿Tenía los ojos hundidos?..... 1 2 9 o. ¿Tenía la mollera hundida?..... 1 2 9 p. ¿Tuvo diarrea, es decir heces líquidas más seguido que lo normal?..... 1 2 9 ¿Cuántas veces en 24 horas?..... <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Tenía moco o sangre en la diarrea?..... 1 2 9 q. ¿Tenía vómitos?..... 1 2 9 r. ¿Tenía vómitos después de toser?..... 1 2 9 s. ¿Tenía el estómago hinchado?..... 1 2 9 t. ¿Podía orinar?..... 1 2 9 u. ¿Tenía la espalda dura o como doblada?..... 1 2 9 v. ¿Tenía convulsiones o ataques?..... 1 2 9 w. ¿Podía abrir la boca para llorar?..... 1 2 9	SI	NO	NS/NR

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
		x. ¿Podía mover las piernas?.....	1 2 9
		y. ¿Tenía algo anormal en el cuerpo o la cabeza?....	1 2 9
1609	¿Cuál de las siguientes vacunas le había puesto?  <b>(LEER)</b>	a. BCG..... b. DPT..... c. POLIO..... d. SARAMPIÓN O SRP.....	SI NO NS/NR 1 2 9 1 2 9 1 2 9 1 2 9
1610	¿De la enfermedad o accidente de que murió ( <b>NOMBRE</b> ), lo llevó Ud. a un centro salud, hospital o médico?	SI.....1 NO.....2	1614
1611	¿A dónde lo llevó?	SI NO HOSPITAL DE LA SS ..... 1 2 CESAR/CESAMO ..... 1 2 HOSPITAL DEL IHSS ..... 1 2 CLÍNICA DEL IHSS..... 1 2 HOSPITAL PRIVADO ..... 1 2 CLÍNICA (MÉDICO) PRIVADA..... 1 2 HOSPITAL DE UNA ONG..... 1 2 CLÍNICA DE UNA ONG ..... 1 2 ENFERMERA..... 1 2 CURANDERO ..... 1 2 PARTERA ..... 1 2 MONITORA DE ATENCIÓN INTEGRAL ..... 1 2 GUARDIÁN O VOLUNTARIO DE LA COMUNIDAD ..... 1 2 OTRO ..... 1 2 (Especifique)	
1612	¿Fue hospitalizado de esta enfermedad de la cual murió?	SI.....1 NO.....2	1614
1613	¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizado?	DÍAS HOSPITALIZADO <input type="text"/> NO RECUERDA.....98	
1614	¿Dónde murió?	EN CASA..... 1 EN UN HOSPITAL ..... 2 EN UNA CLÍNICA..... 3 EN EL CAMINO..... 4 OTRO ..... 8 (Especifique)	
1615	¿Tiene Ud. el "Certificado de Defunción o Muerte de (Nombre)?"	SI.....1 NO.....2	1618
1616	¿Me lo podría mostrar?	MOSTRÓ EL CERTIFICADO..... 1 NO LO MOSTRÓ ..... 2	1618
1617	<b>ENCUESTADORA: ANOTE LA CAUSA DE MUERTE SEGÚN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIE TEXTUALMENTE)</b>	_____	
1618	¿Sabe usted o le dijeron las causas de muerte de ( <b>NOMBRE</b> )?	SI.....1 NO .....2	1620

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREGUNTA
1619	¿Cuáles fueron?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

1620	ENCUESTADORA: BUSQUE OTRAS MUERTES EN PREGUNTAS 317d y 317g DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL		
	<p style="text-align: center;">USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA CENTRAL CÓDIGOS DE CAUSAS DE MUERTE</p> <p>01. ACCIDENTE  02. PREMATURO  03. TÉTANOS NEONATAL  04. TRAUMA DEL NACIMIENTO/ASFIXIA PERINATAL  05. INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS  06. DIARREA/DESHIDRATACIÓN  07. MALARIA (PALUDISMO)  08. SARAMPION  09. TOSFERINA  10. MENINGITIS  11. ANOMALÍAS CONGÉNITAS  12. OTRAS COMPLICACIONES PERINATALES  13. DESNUTRICIÓN  14. SEPSIS/FALLA DE ÓRGANOS MÚLTIPLES  15. VIH/SIDA  16. MUERTE SÚBITA  17. HEPATITIS  18. DENGUE HEMORRÁGICO  19. ABDOMEN AGUDO  20. LEUCEMIA  88. OTRO _____  (Especifique)  98. NO ESPECIFICADO</p>		
1621	CAUSA PRIMARIA	<hr/> <hr/>	
1622	CAUSA SECUNDARIA	<hr/> <hr/>	