



0%



Banco Interamericano de Desarrollo

Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)

Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud



ID:

Revisión del registro médico

Por favor tenga presente que todas las preguntas en esta sección se refieren a las mediciones y procedimientos realizados a la madre, salvo que se especifique de otra forma



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)


2. Identificación 1 del entrevistador



3. Identificación 2 del entrevistador



4. Identificación del centro:

- ☐ Comitancillo / Comitancillo
- ☐ Concepción Tutuapa / Concepción Tutuapa
- ☐ Sibinal / Sibinal
- ☐ Tajumulco / Tajumulco
- ☐ Ixchiguan / Ixchiguan
- ☐ San José Ojetenam / San José Ojetenam
- ☐ Santiago Chimaltenango / San Pedro Necta
- ☐ San Idelfonso Ixtahuacán / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ Santa Barbara / Santa Barbara
- ☐ San Miguel Acatán / San Miguel Acatán
- ☐ Todos Santos Cuchumatan / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ San Juan Atitan / San Juan Atitan
- ☐ San Mateo Ixtatán / San Mateo Ixtatán
- ☐ Colotenango / Colotenango
- ☐ San Sebastian Huehuetenango / San Sebastian Huehuetenango
- ☐ San Rafael Petzal / San Rafael Petzal
- ☐ San Gaspar Ixchil / San Gaspar Ixchil
- ☐ San Miguel Ixtlahuacán / San Miguel Ixtlahuacán
- ☐ Tacaná / Tacaná
- ☐ La Reforma / La Reforma
- ☐ San Lorenzo / San Lorenzo
- ☐ Nuevo Progreso / Nuevo Progreso
- ☐ San Rafael la Independencia / San Rafael la Independencia
- ☐ Barillas / Santa Cruz Barillas
- ☐ Santiago Chimaltenango / Santiago Chimaltenango
- ☐ Hospital Nacional de San Marcos
- ☐ Hospital Regional de Quetzaltenango
- ☐ Hospital Nacional de Malacatan
- ☐ Hospital Distrital de San Pedro Necta
- ☐ Hospital Nacional de Huehuetenango
- ☐ El Zapote / San Miguel Ixtahuacán
- ☐ Santa Eulalia / Santa Eulalia
- ☐ Lajchunaj / Santa Eulalia
- ☐ Wayacoy / Santa Eulalia
- ☐ Nueva Esperanza / Barillas
- ☐ San Sebastian Coatan / San Sebastian Coatan
- ☐ Chacolín / Barillas

- ☐ Buena Vista / Nuevo Progreso
- ☐ Palajachuj / San Sebastian Huehuetenango
- ☐ San Jose Pueblo Nuevo / San Sebastian Coatan
- ☐ Jolomtaj / Barillas
- ☐ San Rafael Tacana / Tacaná
- ☐ Istinajap / San Rafael la Independencia
- ☐ Tuichan / Ixchiguan
- ☐ Tuimuj / Comitancillo
- ☐ Pueblo Nuevo / Tajumulco
- ☐ Belajuyape / Concepción Tutuapa
- ☐ El Papal / San Idelfonso Ixtahuacán
- ☐ San Rafael Iguil / San José Ojetenam
- ☐ Tuiladrillo / Ixchiguan
- ☐ Choanla / San José Ojetenam
- ☐ San Andres / Ixchiguan
- ☐ Tuimuca / Concepción Tutuapa
- ☐ Bulej / San Mateo Ixtatán
- ☐ Tuilelén / Comitancillo
- ☐ Taquina / San Miguel Atacán
- ☐ Tuizmo / Concepción Tutuapa
- ☐ Yolcultac / San Mateo Ixtatán
- ☐ Michicoy / San Pedro Necta
- ☐ SanMartin / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ La Laguna / Concepción Tutuapa
- ☐ Yamoj / Concepción Tutuapa
- ☐ Choapequez / Ixchiguan
- ☐ Ixconlaj / Colotenango
- ☐ Canul / San Miguel Acatán
- ☐ Tuiquinamble / Ixchiguan
- ☐ Checambá / Sibinal
- ☐ Tuichuna / Concepción Tutuapa
- ☐ Chicajalaj / Comitancillo
- ☐ Lacandon / Concepción Tutuapa
- ☐ Chenicham III / San Miguel Acatán
- ☐ Ixquisis / San Mateo Ixtatán
- ☐ Buena Vista / Concepción Tutuapa
- ☐ Porvenir Candelaria / Comitancillo
- ☐ Totaná / Tajumulco
- ☐ Quixic II / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 284-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 315-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 285-2013 / Tacana
- ☐ Unidad Movil 341-2013 / Santa Cruz Barillas
- ☐ Unidad Movil 293-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 352-2013 / San Rafael Petzal
- ☐ Unidad Movil 336-2013 / San Mateo Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 356-2013 / Santa Barbara
- ☐ Unidad Movil 378-2013 / Todos Santos Cuchumatan
- ☐ Unidad Movil 335-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 292-2013 / Tajumulco
- ☐ Unidad Movil 321-2013 / San Miguel Acatán
- ☐ Unidad Movil 337-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ Unidad Movil 344-2013 / San Miguel Ixtatán
- ☐ San Ramón / Huehuetenango
- ☐ Nuca / Huehuetenango
- ☐ Yulatizú / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 324-3013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 323-3013 / Huehuetenango
- ☐ Tuichoquel / San Marcos
- ☐ La Torre Tuichilupe / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 291-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 290-2013 / San Marcos
- ☐ Antiguo Tutuapa / San Marcos
- ☐ Soche / San Marcos
- ☐ Los Encuentros / San Marcos
- ☐ Tuijoj / San Marcos
- ☐ San Antonia Ixchiguan / San Marcos
- ☐ Calapte / San Marcos
- ☐ Once de Mayo / San Marcos
- ☐ Bexoncan / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 295-2013 / San Marcos

- ☐ Unidad Movil 294-2013 / San Marcos
- ☐ Santa Clara / San Marcos
- ☐ San Jose Ixtal / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 311-2013 / San Marcos
- ☐ El Triunfo / San Marcos
- ☐ Sicabe Bella Vista / San Marcos
- ☐ El Salitre / San Marcos
- ☐ Chuená / San Marcos
- ☐ Tierra Colorada / Huehuetenango
- ☐ Acal / Huehuetenango
- ☐ Chiquilila / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 380-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 325-2013 / Huehuetenango
- ☐ Pavolaj / San Marcos
- ☐ San Fernando / San Marcos
- ☐ Esquipulas / San Marcos
- ☐ Laguna Grande / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 353-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 354-2013 / Huehuetenango
- ☐ Río Blanco / San Marcos
- ☐ Santa Rosa / San Marcos
- ☐ Cerro Grande / San Marcos
- ☐ Ixlahuitz Coyá II / Huehuetenango
- ☐ San Sebastian Coatan / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 317-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 357-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 358-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 365-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 322-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sheshap / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 350-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 351-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 355-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 339-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 340-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 320-2013 / Huehuetenango
- ☐ Unidad Movil 319-2013 / Huehuetenango
- ☐ Sacpic / Huehuetenango
- ☐ Cruz Quemada / Huehuetenango
- ☐ Ixcana / Huehuetenango
- ☐ Quixabaj / Huehuetenango
- ☐ Michicoy / Huehuetenango
- ☐ Chocabj / San Marcos
- ☐ San Antonio Barranca / San Marcos
- ☐ Maria Cecilia / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 318-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 314-2013 / San Marcos
- ☐ La Esperanza / San Marcos
- ☐ San Pablo Toaca / San Marcos
- ☐ Tojcheche / San Marcos
- ☐ Sajqim / San Marcos
- ☐ Canchicupe / San Marcos
- ☐ San José la Paz / San Marcos
- ☐ Tocuto / San Marcos
- ☐ Champache / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 288-2013 / San Marcos
- ☐ Unidad Movil 289-2013 / San Marcos
- ☐ Otro



5. Primero quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas con las características generales de este establecimiento. ¿Qué tipo de servicio de salud es éste?

(SELECCIONE UNA OPCIÓN):


- ☐ Centro comunitario
- ☐ Centro de Salud
- ☐ Puesto de Salud
- ☐ Unidad mínima de Salud
- ☐ Centro de convergencia
- ☐ CAP
- ☐ CAIMI
- ☐ CENAPA

☐ Hospital


Los registros de las complicaciones maternas sólo deben revisarse en los hospitales y unidades básicas.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Complicaciones maternas


 6. ¿Tuvo la mujer alguna de las siguientes complicaciones?

- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Pre-eclampsia severa
- ☐ Eclampsia
- ☐ Ninguna

 7. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

- ☐ Si: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

 8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión:

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado


Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de ingreso fue . Por favor revisa expedientes donde el nacimiento ocurrió entre 01/07/2012 - 31/10/2014

 9. Edad:


- ☐ registrada
- ☐ no registrada

 10. Alfabetismo:


- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

 11. Educación


- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Diversificado
- ☐ Universidad
- ☐ No registrado

 12. Estado civil/familiar:

- ☐ Casada
- ☐ Unión estable
- ☐ Soltera
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Acompañada
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

 13. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

 14. Anote si tuvo el bebé alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Sepsis
- ☐ Asfixia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Prematurez
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones
- ☐ No hay información

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con sepsis.

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| 15. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| 16. | Registrado (si/no) | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Sangrado vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fluido vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Loquios con mal olor | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| 17. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Recuento de leucocitos | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> x10 ⁹ /liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

| 18. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Amikacina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Clindamicina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gentamicina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ampicilina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Metronidazol | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro antibiótico (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro medicamento (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

19. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No

20. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado


21. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:


- ☐ Traslado a otro establecimiento de salud
☐ Egreso contraindicado
☐ Muerte
☐ Se dio de alta
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado


22. Razón por la que fue referida:


- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria

- ☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Otro
☐ No registrado


-  23. Fecha de egreso/referencia
☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado


-  24. Hora de egreso/referencia
☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

-  25. Fecha de defunción
☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado


-  26. Hora de defunción
☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

|  27. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |


-  28. Anote la razón de la sepsis (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados
☐ Perforación uterina
☐ Atonía uterina
☐ Desprendimiento de placenta
☐ Corioamnionitis
☐ Placenta previa
☐ Abscesos
☐ Embarazos ectopicos infectados
☐ Pelvipertonitis
☐ Desgarro de canal vaginal/cervical
☐ Episiotomía infectada
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

-  29. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ MVA (AMEU)
☐ Revisión de cavidad uterina
☐ Parto normal
☐ Cesárea
☐ Histerectomía
☐ Laparotomía
☐ Reparación quirúrgica
☐ Otro (especificar)
☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

|  30. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Amikacina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Clindamicina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | mg/kg | | |
| Gentamicina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | mg/kg | | |
| Ampicilina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | mg/kg | | |
| Metronidazol | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | mg/kg | | |
| Otro antibiótico (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | mg/kg | | |
| Otro medicamento (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | mg/kg | | |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| 31. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Recuento de leucocitos | <input type="checkbox"/> | x10 ⁹ /liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | | | |

32. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

☐ Si

☐ No

33. Resultado del embarazo:

☐ Cesárea

☐ Parto vaginal

☐ Otro

☐ No registrado

34. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

☐ Traslado a otro establecimiento de salud

☐ Egreso contraindicado

☐ Muerte

☐ Se dio de alta

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado

35. Razón por la que fue referida:

☐ Alta temperatura

☐ Alta cuenta leucocitaria

☐ Sangrado

☐ Loquios

☐ Otro

☐ No registrado

36. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

37. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

38. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

39. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con hemorragia.

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| | | | | |
|-------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 40. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pulso | | por | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | minuto | | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Presión arterial sistólica | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | mmHg | | |
| Presión arterial diastólica | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | mmHg | | |
| Frecuencia respiratoria | <input type="text"/> | <input type="text"/> | por | <input type="text"/> |
| | | minuto | | |
| Temperatura | <input type="text"/> | <input type="text"/> | °C | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

41. Registrado (si/no) Valor Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Frecuencia cardiaca fetal por minuto

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

42. Administrado (si/no) Dosis Fecha (DD/MM/AAAA) Hora (HH:MM)

Oxitocina unidades

Lactato Ringer

Gentamicina mg/kg

Otro uterotónico (especificar) unidades

Otro medicamento (especificar)

43. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

☐ Si

☐ No

44. Resultado del embarazo:

☐ Cesárea

☐ Parto vaginal

☐ Otro

☐ No registrado

45. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

☐ Traslado a otro establecimiento de salud

☐ Egreso contraindicado

☐ Muerte

☐ Se dio de alta

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado

46. Razón por la que fue referida:

☐ Baja presión arterial

☐ Baja hemoglobina

☐ Sangrado

☐ Loquios

☐ Otro

☐ No registrado

47. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

48. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

49. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

50. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| 51. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| 52. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Frecuencia cardíaca fetal | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| 53. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Tiempo de protrombina (TP) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> segundo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tiempo de tromboplastina parcial (TTP) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> segundo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Plaquetas | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ×10 ⁹ /L | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hemoglobina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> g/dL | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hematocrito | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

54. Anote la razón de la hemorragia (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Aborto complicado
- ☐ Retención de placenta o restos corioplacentarios
- ☐ Placenta previa
- ☐ Desprendimiento prematuro de placenta
- ☐ Ruptura uterina
- ☐ Atonía uterina
- ☐ Embarazo ectópico
- ☐ Desgarros cervicales
- ☐ Desgarros de canal vaginal
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

55. Anote qué procedimientos se realizaron (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ MVA (AMEU)
- ☐ Legrado / revisión de cavidad uterina
- ☐ Cesárea
- ☐ Histerectomía
- ☐ Laparotomía
- ☐ Reparación quirúrgica
- ☐ Revisión uterina
- ☐ Parto normal
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

| 56. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Oxitocina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> unidades | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gentamicina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg/kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro uterotónico (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> unidades | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Otro medicamento (especificar)

☐☐

57. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

- ☐ Si
☐ No



58. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
☐ Parto vaginal
☐ Otro
☐ No registrado



59. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Traslado a otro establecimiento de salud
☐ Egreso contraindicado
☐ Muerte
☐ Se dio de alta
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado



60. Razón por la que fue referida:

- ☐ Baja presión arterial
☐ Baja hemoglobina
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Otro
☐ No registrado



61. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado



62. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado



63. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado



64. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con pre-eclampsia

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión



65.

| | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|-----------------------------|--------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por <input type="text"/> minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| 66. | Registrado (si/no) | Negativo | Numero de + | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Proteinuria | <input type="text" value="v"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| Otro (especificar) | <input type="text" value="v"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

| 67. | Adminstrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Hidralazina | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> mg | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| Nifedipina | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> mg | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| Otro antihipertensivo (especificar) | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> mg | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| Otro medicamento (especificar) | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

68. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

☐ Si

☐ No

69. Resultado del embarazo:

☐ Cesárea

☐ Parto vaginal

☐ Otro

☐ No registrado

70. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

☐ Traslado a otro establecimiento de salud

☐ Egreso contraindicado

☐ Muerte

☐ Se dio de alta

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado

71. Razón por la que fue referida:

☐ Presión arterial alta

☐ Proteinuria

☐ Sangrado

☐ Loquios

☐ Convulsiones

☐ Otro

☐ No registrado

72. Fecha de egreso/referencia

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

73. Hora de egreso/referencia

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

74. Fecha de defunción

☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ No registrado

75. Hora de defunción

☐ Hora: (HH:MM)

☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| 76. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|----------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Pulso | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> por minuto | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="text" value="v"/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Presión arterial diastólica | <input type="text"/> | mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="text"/> | mmHg | por | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="text"/> | minuto | °C | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

| | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 77. | Registrado (si/no) | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| Convulsiones | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reflejo | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Oliguria | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 78. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| Recuento de plaquetas | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aspartar-amino transferrasa | <input type="text"/> | x10 ⁹ /L | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Alanin-amino transferrasa | <input type="text"/> | U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dehidrogenasa láctica | <input type="text"/> | U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/> | U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| | | | | | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 79. | Registrado (si/no) | Negativo | Número de + | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| Proteína en orina | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 80. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
| Sulfato de magnesio | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hidralazina | <input type="text"/> | gr | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nifedipina | <input type="text"/> | mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betametasona | <input type="text"/> | mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dexametasona | <input type="text"/> | mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro antihipertensivo (especificar) | <input type="text"/> | mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro medicamento (especificar) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

81. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

☐ Si

☐ No


82. Resultado del embarazo:

☐ Cesárea


☐ Parto vaginal

☐ Otro


☐ No registrado

 83. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:


- ☐ Traslado a otro establecimiento de salud
☐ Egreso contraindicado
☐ Muerte
☐ Se dio de alta
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

 84. Razón por la que fue referida:


- ☐ Presión arterial alta
☐ Proteinuria
☐ Sangrado
☐ Loquios
☐ Convulsiones
☐ Otro
☐ No registrado

 85. Fecha de egreso/referencia


- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

 86. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

 87. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
☐ No registrado

 88. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

| 89. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pulso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> por minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |


Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición


| 90. | Registrado (si/no) | Negativo | Numero de + | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Proteinuria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> g/día | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |


Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración


| 91. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Hidralazina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nifedipina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sulfato de Magnesio | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro antihipertensivo (especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro medicamento (especificar) | | | | |


| | | | | |
|--|------------------------|--|--|--|
| | <div><div></div></div> | | | |
|--|------------------------|--|--|--|


-  92. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?
- ☐ Si
- ☐ No


-  93. Resultado del embarazo:
- ☐ Cesárea
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro
- ☐ No registrado


-  94. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:
- ☐ Traslado a otro establecimiento de salud
- ☐ Egreso contraindicado
- ☐ Muerte
- ☐ Se dio de alta
- ☐ Otra (especificar):
- ☐ No registrado

-  95. Razón por la que fue referida:
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Loquios
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro
- ☐ No registrado


-  96. Fecha de egreso/referencia
- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

-  97. Hora de egreso/referencia
- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

-  98. Fecha de defunción
- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

-  99. Hora de defunción
- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la primera revisión

|  100. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--|------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Pulso | <div><div></div></div> | <input type="text"/> por <input type="text"/> minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial sistólica | <div><div></div></div> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presión arterial diastólica | <div><div></div></div> | <input type="text"/> mmHg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Frecuencia respiratoria | <div><div></div></div> | <input type="text"/> por <input type="text"/> minuto | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Temperatura | <div><div></div></div> | <input type="text"/> °C | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <div><div></div></div> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Anote si se realizaron las siguientes revisiones así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

|  101. | Registrado (si/no) | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|
| Convulsiones | <div><div></div></div> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Reflejo | <div><div></div></div> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Oliguria | <div><div></div></div> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <div><div></div></div> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| 102. | Registrado (si/no) | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--|--------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Recuento de plaquetas | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> x10 ⁹ /L | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aspartar-amino transferrasa | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Alanin-amino transferrasa | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dehidrogenasa láctica | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> U/liter | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se realizaron los siguientes análisis de laboratorio, anote sus resultados, así como la fecha y hora de la primera medición

| 103. | Registrado (si/no) | Negativo | Número de + | Valor | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Proteína en orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> g/día | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Revise si se administraron los siguientes medicamentos y su dosis, así como la fecha y hora de la primera administración

| 104. | Administrado (si/no) | Dosis | Fecha (DD/MM/AAAA) | Hora (HH:MM) |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| Sulfato de magnesio | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> gr | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hidralazina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nifedipina | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betametasona | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dexametasona | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro antihipertensivo (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> mg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro medicamento (especificar) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

105. ¿Se administraron algunos de estos medicamentos al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización?

☐ Si

☐ No

106. Resultado del embarazo:

☐ Cesárea

☐ Parto vaginal

☐ Otro

☐ No registrado

107. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

☐ Traslado a otro establecimiento de salud

☐ Egreso contraindicado

☐ Muerte

☐ Se dio de alta

☐ Otra (especificar):

☐ No registrado

108. Razón por la que fue referida:

☐ Presión arterial alta

☐ Proteinuria

☐ Sangrado

☐ Loquios

☐ Convulsiones

☐ Otro

☐ No registrado

109. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado



110. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



111. Fecha de defunción

- ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado



112. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado



113. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Ha indicado que este mujer no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, hemorragia, pre-eclampsia, y eclampsia

Usted ha llegado al final de la encuesta.

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat