



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: complicaciones neonatales

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

1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

2. Identificación 1 del entrevistador

3. Identificación 2 del entrevistador

4. Tipo de unidad médica

- ☐ ECO Familiar
☐ ECO Especializado
☐ Hospital

5. Identificación del Departamento de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

6. Identificación del Municipio de esta unidad médica:

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristobal
☐ San Esteban Catarina

- ☐ San Francisco Gotera
- ☐ San Ildefonso
- ☐ San Vicente
- ☐ Santa Maria Ostuma
- ☐ Santa Rosa de Lima
- ☐ Sensuntepeque
- ☐ Sociedad
- ☐ Tacuba
- ☐ Tecolulca
- ☐ Tejutepeque
- ☐ Zacatecoluca
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

7. Identificación de la Unidad:

- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Francisco Menéndez"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Dr. José Luís Saca"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "San Rafael"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Gertrudis"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL "Santa Teresa"
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Cojutepeque
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Santa Rosa de Lima
- ☐ HOSPITAL NACIONAL GENERAL de Sensuntepeque
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

8. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Fecha de nacimiento

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

9. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

Este expediente no es elegible. Ha indicado que la fecha de nacimiento fue . Por favor revisa expedientes con fechas de nacimiento entre 01/02/2012 - 31/01/2014.

Complicaciones neonatales

10. Indique si el bebé tuvo alguna de las siguientes complicaciones

- ☐ Sepsis
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Asfixia al nacimiento
- ☐ Prematurez
- ☐ Ninguna

11. Edad del niño

- ☐ Edad en años:
- ☐ Edad en meses:
- ☐ Edad en días:
- ☐ Edad en horas:
- ☐ No registrado

12. Edad de la madre

- ☐ Edad:
 - ☐ No registrado
-

13. Lee y escribe (madre)

- ☐ Si
☐ No
☐ No registrado
-

14. Educación de la madre

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

15. Estado civil de la madre

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

16. ¿De cual departamento viene la madre?

- ☐ Ahuachapan
☐ Cabañas
☐ Cuscatlan
☐ La Libertad
☐ La Paz
☐ La Union
☐ Morazan
☐ San Vicente
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
-

17. ¿De cual municipio viene la madre?

- ☐ Ahuachapan
☐ Apastepeque
☐ Chiltiupan
☐ Cojutepeque
☐ El Sauce
☐ Ilobasco
☐ La Libertad
☐ Monte San Juan
☐ San Antonio Masahuat
☐ San Cristobal
☐ San Esteban Catarina
☐ San Francisco Gotera
☐ San Ildefonso
☐ San Vicente
☐ Santa Maria Ostuma
☐ Santa Rosa de Lima
☐ Sensuntepeque
☐ Sociedad
☐ Tacuba
☐ Tecolulca
☐ Tejutepeque
☐ Zacatecoluca
☐ Otro (ESPECIFIQUE)
-

18. ¿De cual cantón viene la madre?

19. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión

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

20. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

21. Edad gestacional

- ☐ Edad: semanas
- ☐ No registrado

22. Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No registrado

23. Anote si la madre tuvo alguna de las siguientes complicaciones (marque todas las que apliquen)

- ☐ Pre eclampsia
- ☐ Eclampsia
- ☐ Sepsis
- ☐ Hemorragia
- ☐ Otra
- ☐ Sin complicaciones

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

24. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
- ☐ No

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

25.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<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"/>

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

26.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

27.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 ^ 3 liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm/h	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otro (especificar)

☐

28. ¿Fue revisado el bebé por un médico al momento del ingreso?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No registrado

29. Fecha

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

30. Hora

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

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

31.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		

32. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
- ☐ No

Anote si se registró lo siguiente para el paciente con bajo peso al nacer.

33. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
- ☐ No

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

34.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		por minuto		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		por minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		°C		
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		kg		
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		cm		
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		cm		
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

35.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

36.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg/dL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

38. Fecha de evaluación

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

39. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

40. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Oxygen hood
☐ Oxygen CAAP
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

41. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

Anote si se registró lo siguiente para el paciente prematuro.

42. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

43.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<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"/>

Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		gr		
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		cm		
Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		cm		
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

44.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

45.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

46. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

47. Fecha de evaluación

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

48. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

49. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Oxygen hood
☐ Oxygen CAAP
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

50. Anote cómo fue alimentado el bebé

- ☐ Alimentación al seno materno
☐ Alimentación intravenosa
☐ Otro
☐ No registrado

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

51. ¿Fue revisado el bebé por un médico alguna vez?

- ☐ Si
☐ No

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

52.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
-----	------------	-------	--------------------	--------------

Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		por minuto		
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		por minuto		
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		°C		
Escala de Downes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escala de Silverman	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por primera vez

53.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Color de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

54.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Nivel de saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		%		
Cuenta leucocitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x10 ^3/liter		
Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		x 10 ^3/liter		
Hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		g/dL		
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Tasa de sedimentación de eritrocitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mm/h		
Cultivo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

Anote si se realizó el siguiente examen de laboratorio y su valor, así como la fecha y hora de la primera vez que se hicieron

55.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		mg/dL		
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				

56. ¿Fue revisado el bebé por un medico al momento del ingreso?

- ☐ Si
☐ No

57. Fecha de evaluación

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

58. Hora de evaluación

- ☐ Hora: (HH:MM)
☐ No registrado

59. Anote si se tomó una radiografía de tórax

- ☐ Si

☐ No

60. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos (seleccione todos los que apliquen)

- ☐ Máscara de oxígeno
☐ Oxygen hood
☐ Oxygen CAAP
☐ Ventilación mecánica
☐ Estancia en incubadora
☐ Otro
☐ No registrado

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

61.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

62. Anote si algunos de estos medicamentos se administraron al mismo tiempo durante cualquier momento de la hospitalización

- ☐ Si
☐ No

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

- ☐ Murió en el hospital
☐ Egresó para su casa
☐ Transferida a otra unidad médica
☐ Egresó contra las indicaciones médicas
☐ Desconocido
☐ Otra (especificar):
☐ No registrado

64. SEPSIS

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Hipoglucemia
☐ Hiperglicemia
☐ Otro
☐ No registrado

65. BAJO PESO AL NACER

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
☐ Alta cuenta leucocitaria
☐ Hipoglucemia
☐ Hiperglicemia
☐ Bajo peso al nacer
☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman

- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

66. PREMATUREZ

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Bajo peso al nacer
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Downes
- ☐ Bajo puntaje en la escala de Silverman
- ☐ Bajo nivel de saturación de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

67. ASFIXIA AL NACIMIENTO

Razón por la que fue referido el bebé:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Bajo puntaje APGAR
- ☐ Hipoglucemia
- ☐ Hiperglicemia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

68. Anote cómo fue transferido el bebé (seleccione todas las que apliquen)

- ☐ Incubadora
- ☐ Administración de oxígeno
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

69. Fecha de egreso/referencia

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

70. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

71. Fecha de defunción

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

72. Hora de defunción

- ☐ Hora: (HH:MM)
- ☐ No registrado

73. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

Los registros de las complicaciones neonatales sólo deben revisarse en los hospitales

Ha indicado que este recién nacido no tiene una de las complicaciones de interés. Por favor revise los expedientes de la sepsis, bajo peso al nacer, asfixia al nacimiento, y prematuridad.

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