

Número de caso (dejar en blanco): _____

Instructivo para el llenado del cuestionario para detectar referencias por Emergencia Obstétrica en CAP

Proyecto 'Que Vivan las Madres' Expansión del paquete integrado de intervenciones para reducir morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Atención Primaria de Salud, Guatemala 2014 – 2017

Esta boleta se complete solamente en mujeres embarazadas y recién nacidos con complicaciones que asisten al servicio de emergencia del CAP y son trasladados a otra institución, NO son ingresados

Complicaciones maternas severas y agudas: Son condiciones potencialmente mortales que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido y que además de las patologías mencionadas en sección E de este instructivo, la madre puede presentar inconciencia, estuporosa, con dificultad respiratoria, hipotensa. Es una paciente que luce mal.

| Preguntas del formulario | Respuestas codificadas |
|---|--|
| Sección A | |
| Fecha de Llenado: A1 ___ / ___ / _____ dd / mm / año | Fecha en que completa los datos del formulario en la visita programada. Utilice dos dígitos para día y mes y cuatro para año. |
| Fecha consulta a emergencia A2 ___ / ___ / _____ dd / mm / año | Fecha de consulta a emergencia de la paciente. Utilice dos dígitos para día y mes y cuatro para año. Si no hay información en fecha de consulta colocar 09/09/99999. Puede ser igual o no a fecha de llenado. |
| Número de hoja de referencia del CAP A3 _____ | Escriba el número de referencia que corresponde al caso. Puede ser de varias fuentes de información que se revisan. Si no hay información sobre el número de hoja de referencia = 9999 |
| Sección B | |
| Departamento B1 ___ | Escriba el código del departamento visitado, según lo siguiente: 13= Huehuetenango y 16= Alta Verapaz |
| Municipio B2 ___ | Escriba el Código que corresponda según listado de municipios de cada departamento: 16= Alta Verapaz: 01. Cobán 02. Sta. Cruz Verapaz 03. San Cristóbal Verapaz 04. Tactic 05. Tamahu 06. San Miguel Tucuru 07. Panzos 08. Senahu 09. San Pedro Carcha 10. San Juan Chamelco 11. Lanquin 12. Sta. María Cahabon 13. Chisec 14. Chahal 15. Fray Bartolome de las casas 16. La Tinta 17. Raxruhá 18. Telemán 19. Campur 13= Huehuetenango: 01. Huehuetenango 02. Chiantla 03. Malacatancito 04. Cuilco 05. Nenton 06. San Pedro Necta 07. Jacaltenango 08. San Pedro Soloma 09. San Idelfonso Ixtahuacán 10. Santa Bárbara 11. La Libertad 12. La Democracia 13. San Miguel Acatán 14. San Rafael La Independencia 15. Todos Santos Cuchumatán 16. San Juan Atitán 17. Santa Eulalia 18. San Mateo Ixtatán 19. Colotenango 20. San Sebastián Huehuetenango 21. Tectitán 22. Concepción Huista 23. San Juan Ixcóy 24. San Antonio Huista 25. San Sebastián Coatán 26. Santa Cruz Barillas 27. Aguacatán 28. San Rafael Petzaj 29. San Gaspar Ixchil 30. Santiago Chimaltán 31. Santa Ana Huista 32. Unión Cantón |
| Código de encuestadora B3 ___ | Escriba el número de código que le fue previamente asignado. |
| Sección C | |
| Referida por comadrona tradicional a CAP C1 _____ | Según la información disponible conteste en forma categorica según la siguiente codificación: 1. Si 2. No 9. Se Desconoce Lo importante de esta pregunta es saber si la paciente fue referida o no por la comadrona tradicional. |

| | | |
|---|----------|--|
| Sección D | | |
| Edad Gestacional D1 _____ semanas de gestación | | Detallar las semanas de gestación completas. Se entiende por edad gestacional del embarazo la que pudo haber sido por ultima regla, ultrasonido o altura uterina. Si no hay información 99= desconocido |
| Sección E: Condiciones severas / potencialmente mortales y tratamiento ofrecido. Ver definición en pie de página del formulario o al inicio de este instructivo. | | |
| Condición de la mujer al llegar al servicio de emergencias. Escriba la siguiente codificación en condición de la mujer al llegar al servicio de emergencia: 1=Si 2=No 8=No corresponde 9=Desconocido | | |
| Hemorragia severa postparto(>1,000 ml) | E1 ____ | Se Incluye únicamente a toda hemorragia severa postparto que refiera un sangrado igual o mayor de 1000 ml. (Un litro o más de sangrado) Este tipo de Hemorragia está relacionado con: Anatomía Uterina, Restos placentarios/retención de placenta, Placenta acreta, Ruptura Uterina, Choque hipovolémico. Transfusión sanguínea puede estar mencionado. |
| Uso oxitócina (20 unidades IV) | E2 ____ | Se incluye únicamente a aquellas pacientes que se le ha administrado 20 Unidades de oxitócina vía IV o IM ó bien 10 Unidades en alguna vía y otras 10 U. en otra vía. Si las dosis administradas no son las indicadas de acuerdo a las dosis de este instrumento, coloque 2 = NO |
| Otro útero tónico | E3 ____ | Registre otros útero tónicos utilizados como: Ergometrina, Ergonovina, Misoprostol, Acido Tranéxanico, etc. Si no se le administro algún otro Uterotonico coloque 2 = No. |
| Comprensión bi-manual | E4 ____ | Especificar si existe información sobre comprensión bi-manual y taponamiento uterino en casos de hemorragia vaginal severa. Cualquier medida externa mencionada para controlar la hemorragia vaginal. |
| Taponamiento uterino | E5 ____ | |
| Pre eclampsia (SIN CONVULSIONES) | E6 ____ | Se incluye únicamente la dosis de sulfato de magnesio ya sea de 4 gramos IV o 10 gramos IM o una combinación de dosis. Incluye otros anti convulsivos como diazepam, acido valproico, fenitoina, fenobarbital, etc. |
| Uso sulfato magnesio(4grs. IV o 10 grs IM) | E7 ____ | |
| otro anti convulsivo | E8 ____ | |
| Eclampsia (CON CONVULSIONES) | E9 ____ | Incluye los casos severos de infección, generalmente relacionados con partos en casa de varios días y son mujeres en post parto que acuden con fiebre, sépticas y en muy mal estado. |
| Uso sulfato magnesio (4grs. IV o 10 grs IM) | E10 ____ | |
| Otro anti convulsivo | E11 ____ | |
| Sepsis o infección sistemática severa | E12 ____ | |
| Antibioticos | E13 ____ | Incluye todos los antibióticos de uso ya sea por vía oral, intravenosa o intramuscular. |
| Aborto incompleto | E14 ____ | Incluye el aborto incompleto (hemorragia vaginal, retención de restos placentarios) que necesita LIU o AMEU y es referida a otro servicio para su tratamiento |
| Otro tipo de aborto | E15 ____ | Incluye todos los otros tipos de aborto diferentes al aborto incompleto. Ejemplo: aborto completo, aborto fetal, aborto en curso, etc. |
| Sección F: Datos de emergencia: | | |
| Quien evalua en emergencia del CAP por primera vez | F1 ____ | Escriba el código de la persona que evalúa <i>por primera vez</i> a la paciente en la emergencia utilizando la siguiente codificación: 1= Médico 2=Enfermera Profesional 3=Enfermera Auxiliar |
| Sección G | | |
| Causa específica de referencia | G1 ____ | Escriba el código de la causa especifica de la referencia según la siguiente codificación: 1=Hemorragia severa postparto(>1,000 ml) 2=Pre eclampsia 3=Eclampsia 4=Sepsis o infección sistemática severa 8= no aplica |
| Sección H | | |
| Al traslado de la mujer embarazada, el feto tenía señales de vida (frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, etc.) | H1 ____ | Si es recién nacido vivo o algún tipo de aborto, No aplica = 8 Si no hay información del estado del feto, Desconocido = 9 |

| | | |
|--|--|---|
| Sección J: Datos de referencia de la madre | | |
| ¿Quién decide/dio la referencia de la paciente? J1 ____ | | Escriba el código del personal que decide la referencia: 1=Médico 2= enfermera Profesional 3= Enfermera Auxiliar 9=desconocido |
| Sección K | | |
| ¿A dónde se refirió la madre? K1 ____ | | Escriba el código a donde fue referida la mujer embarazada: 1= Hospital Nacional 2= Otro CAP 3= CAIMI 4= Hospital Privado 5= Hospital Seguridad Social (IGSS) 5=Hospital Seguridad Social (IGSS) 5=Hospital Seguridad Social (IGSS) 6=Hogar 7=Casa Materna 8.=APROFAM 9=Desconocido |
| Sección L: Datos del recién nacido. Escribir el código respectivo: 1=Si 2=No 8=No corresponde 9=Desconocido | | |
| Deprimido/flacido L1 ____ | | Se refiere unicamente a recién nacidos vivos que son vistos en la emergencia del CAP y son referidos. |
| Asfixia perinatal L2 ____ | | En caso de obito fetal intra utero 8 = No corresponde |
| <i>Intervención Neonatal:</i> | | |
| Cualquier intubación al nacimiento L3 ____ | | Se refiere a cualquier intervención realizada en un recién nacido vivo que haya nacido en la emergencia del CAP o que fue parto en casa, es atendido y referido a otro servicio. 8 = Mujer embarazada |
| Uso ventilación presión positiva AMBU L4 ____ | | |
| Masaje cardiaco L5 ____ | | |
| Peso _____gramos L6 ____ | | Se refiere al peso al nacer del recién nacido en gramos y la talla al nacer en centímetros. Si la madre es referida embarazada con óbito fetal escriba 8 en los datos antropométricos. |
| Talla _____cms. L7 ____ | | |
| Sección M: Datos de referencia del recién nacido | | |
| ¿Quién decide/dio la referencia del recién nacido? M1 ____ | | Escriba el código del personal que decide finalmente la referencia a otro servicio: 1=Médico 2= enfermera Profesional 3= Enfermera Auxiliar 9=desconocido |
| Sección N | | |
| ¿A dónde se refirió el recién nacido? N1: _____ | | Escriba el código a donde fue referido el recién nacido: 1= Hospital Nacional 2= Otro CAP 3= CAIMI 4= Hospital Privado 5= Hospital Seguridad Social (IGSS) 5=Hospital Seguridad Social (IGSS) 5=Hospital Seguridad Social (IGSS) 6=Hogar 7=Casa Materna 8.=APROFAM 9=Desconocido 0= No aplica |