



0%

Collection: LOGIN  
Contains: DATSTAT\_ALTPID

**Iniciativa Salud Mesoamerica (ISM)**

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

Question: DATSTAT\_ALTPID  
Required



ID:

Collection: MEDICAL\_RECORD\_REVIEW  
Contains: MRR\_LOG\_IN, MRR\_OBSTETRIC

**Revisión del registro médico**

Collection: MRR\_LOG\_IN  
Contains: MRR\_DATE, MRR\_INTERVW\_ID1, MRR\_INTERVW\_ID2, MRR\_TYPE\_UNIT, DEPT\_ID, MUNICIPI\_ID, FACILITY\_ID

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

Question: MRR\_DATE  
Required



1. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

Question: MRR\_INTERVW\_ID1  
Required



2. Identificación 1 del entrevistador

Question: MRR\_INTERVW\_ID2



3. Identificación 2 del entrevistador

Question: MRR\_TYPE\_UNIT  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Policlinico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	



4. Tipo de unidad médica

- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)  
☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)  
☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)

Question: DEPT\_ID  
Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
8	Comayagua	
2	Copán	
9	Cortés	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocatepeque	
6	Olancho	
10	Valle	
995	Otro	



5. Identificación del Departamento:

- ☐ Choluteca  
☐ Comayagua  
☐ Copán  
☐ Cortés  
☐ Intibucá  
☐ La Paz

- ☐ Lempira
- ☐ Ocotepeque
- ☐ Olancho
- ☐ Valle
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

**Question:** MUNICIPIO\_ID  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	(DEPT_ID = 9:{Cortés})
1	Cabañas	(DEPT_ID = 2:{Copán})
26	Candelaria	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
27	Catacamas	(DEPT_ID = 6:{Olancho})
24	Choluteca	(DEPT_ID = 1:{Choluteca})
2	Cololaca	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
34	Comayagua	(DEPT_ID = 8:{Comayagua})
3	Concepción	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
4	Concepción de Maria	(DEPT_ID = 1:{Choluteca})
28	Copán	(DEPT_ID = 2:{Copán})
5	Copán Ruinas	(DEPT_ID = 2:{Copán})
6	Dulce Nombre de Culmí	(DEPT_ID = 6:{Olancho})
7	Duyure	(DEPT_ID = 1:{Choluteca})
29	Gracias	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
8	Guarita	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
21	Intibucá	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
25	Juticalpa	(DEPT_ID = 6:{Olancho})
43	La Jigua	(DEPT_ID = 2:{Copán})
22	La Paz	(DEPT_ID = 4:{La Paz})
30	La Virtud	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
44	Langue	(DEPT_ID = 10:{Valle})
36	Lánge	(DEPT_ID = 10:{Valle})
9	Magdalena	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
37	Mapulaca	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
45	Nueva Arcadia	(DEPT_ID = 2:{Copán})
38	Piraera	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
10	San Antonio, COPÁN	(DEPT_ID = 2:{Copán})
11	San Antonio, INTIBUCÁ	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
39	San Francisco de Opalaca	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
12	San Jeronimo	(DEPT_ID = 2:{Copán})
40	San José de Comayagua	(DEPT_ID = 8:{Comayagua})
13	San Juan Guarita	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
31	San Lorenzo	(DEPT_ID = 10:{Valle})
23	San Marcos	(DEPT_ID = 7:{Ocotepeque})
14	San Marcos de Colon	(DEPT_ID = 1:{Choluteca})
32	San Miguelito	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
46	San Nicolas	(DEPT_ID = 2:{Copán})
41	Santa Cruz de Yojoa	(DEPT_ID = 9:{Cortés})
15	Santa Lucia	(DEPT_ID = 3:{Intibucá})
16	Santa Rita	(DEPT_ID = 2:{Copán})
48	Santa Rosa	(DEPT_ID = 2:{Copán})
17	Santiago de Puringla	(DEPT_ID = 4:{La Paz})
18	Tambila	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
33	Taulabe	(DEPT_ID = 8:{Comayagua})
19	Tomalá	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
20	Valladolid	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
42	Virginia	(DEPT_ID = 5:{Lempira})
995	Otro	



6. Identificación del Municipio:

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo

- ☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

**Question:** FACILITY\_ID  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

Country	1980 (Millions)	2012 (Millions)
United States	10.5	18.5
France	4.5	5.5
Germany	4.0	4.5
United Kingdom	3.5	4.0
Canada	3.0	3.5
Italy	2.5	3.0
Spain	2.0	2.5
Japan	1.5	2.0
Sweden	1.0	1.5
Netherlands	0.8	1.0
Australia	0.7	0.9
Belgium	0.6	0.8
Switzerland	0.5	0.7
Portugal	0.4	0.6
South Korea	0.3	0.5
India	0.2	0.4
China	0.1	0.3
Other countries	0.05	0.1

 7. Identificación de la Unidad:

[illegible]



http://localhost:13124/Previewer/Survey.aspx? x=localhost-internal-HND MRR\_COMPL... 9/10/2018



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

**Jump-To:** JMP3**Description:****Jump-To-Item:** NO\_COMPL**Jump-If:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )**Collection:** MRR\_GENERAL

**Contains:** WOM\_ADM\_DATE, WOM\_ADM\_TIME, WOM\_ADM\_REFFROM, WOM\_REF\_ACCOMFROM, WOM\_REF\_DATEFROM, WOM\_REF\_TIMEFROM, WOM\_REF\_TYPEFROM, WOM\_REF\_MUNICIPFROM, WOM\_REF\_NAMEFROM, MRR\_AGE, MRR\_MAR\_STAT, MRR\_LITERACY, MRR\_ETHNICITY, MRR\_AREA, MRR\_EDU, WOM\_DEPT\_ID, WOM\_MUNICIP\_ID, WOM\_ALDEA\_ID, WOM\_GESTAGE, WOM\_BABYCOMPL, WOM\_BABYBIRTH\_WHERE, WOM\_BABYBIRTH\_DATE, WOM\_BABYBIRTH\_TIME

**Question:** WOM\_ADM\_DATE**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	



11. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Fecha de admisión/ ingreso:

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

**Question:** WOM\_ADM\_TIME**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



12. Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes:

Hora de admisión (horario de 24 horas):

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ADM\_REFFROM**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



13. ¿La mujer fue referida/traslado a esta unidad desde otra unidad de salud?

- ☐ Si
- ☐ No

**Question:** WOM\_REF\_ACCOMFROM**Required****Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	



14. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador de la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
- ☐ Si, por una enfermera
- ☐ Si, por un otro trabajador:
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_REF\_DATEFROM**Required****Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



15. Fecha de referida/traslado desde otra unidad medica:

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

**Question:** WOM\_REF\_TIMEFROM**Required****Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	





16. Hora de referida/traslado desde otra unidad medica:

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_REF\_TYPEFROM**Required****Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



17. Tipo de unidad de salud desde la que fue referida/traslado la mujer:

- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_REF\_MUNICIPFROM**Required****Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[Si])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Länge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Purungla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	



18. ¿Desde cual municipio fue la unidad?


- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí

- ☐ Duyure  
☐ Gracias  
☐ Guarita  
☐ Intibucá  
☐ Juticalpa  
☐ La Jigua  
☐ La Paz  
☐ La Virtud  
☐ Langué  
☐ Lánge  
☐ Magdalena  
☐ Mapulaca  
☐ Nueva Arcadia  
☐ Piraera  
☐ San Antonio, COPÁN  
☐ San Antonio, INTIBUCÁ  
☐ San Francisco de Opalaca  
☐ San Jeronimo  
☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_REF\_NAMEFROM

**Required**

**Show if:** (WOM\_ADM\_REFFROM = 1:[SI])


 19. ¿Desde cual unidad de salud fue la mujer referida/traslado?

Revise la Hoja de Registro de Admisión y Egreso Hospitalario, sino esta disponible busque en el expediente la siguiente información sobre datos personales.

**Question:** MRR\_AGE

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1		
0	no registrada	


 20. Edad:

- ☐   
☐ no registrada

**Question:** MRR\_MAR\_STAT

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
3	Soltera	
1	Casada	
7	Unión estable	
5	Divorciada	
6	Viuda	
2	Acompañada	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	


 21. Estado civil/ familiar:

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

**Question:** MRR\_LITERACY

**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	

 22. Lee y escribe:

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question: MRR\_ETHNICITY**  
**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Mestiza	
2	Indígena	
5	Negra	
3	Blanca	
4	Otro	
-1	No registrado	

 23. Etnia:

- ☐ Mestiza
- ☐ Indígena
- ☐ Negra
- ☐ Blanca
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question: MRR\_AREA**  
**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Urbana	
2	Rural	
-1	No registrado	

 24. Área:

- ☐ Urbana
- ☐ Rural
- ☐ No registrado

**Question: MRR\_EDU**  
**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Ninguna	
2	Primaria	
3	Secundaria	
4	Preparatoria	
5	Universidad	
-1	No registrado	

 25. Estudios:

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

**Question: WOM\_DEPT\_ID**  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Choluteca	
8	Comayagua	
2	Copán	
9	Cortés	
3	Intibucá	
4	La Paz	
5	Lempira	
7	Ocatepeque	
6	Olancho	
10	Valle	
995	Otro	

 26. ¿De cual departamento viene la mujer?

- ☐ Choluteca
- ☐ Comayagua
- ☐ Copán
- ☐ Cortés
- ☐ Intibucá
- ☐ La Paz
- ☐ Lempira
- ☐ Ocotepeque
- ☐ Olancho
- ☐ Valle
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: WOM\_MUNICIP\_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choloteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Länge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucia	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	



27. ¿De cual municipio viene la mujer?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choloteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Länge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCÁ
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon

- ☐ San Miguelito
- ☐ San Nicolas
- ☐ Santa Cruz de Yojoa
- ☐ Santa Lucia
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Santiago de Puringla
- ☐ Tambla
- ☐ Taulabe
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Virginia
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)

Question: WOM\_ALDEA\_ID

Required

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Länge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucia	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	



28. ¿De cual aldea viene la mujer?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Länge

- ☐ Magdalena  
☐ Mapulaca  
☐ Nueva Arcadia  
☐ Piraera  
☐ San Antonio, COPÁN  
☐ San Antonio, INTIBUCÁ  
☐ San Francisco de Opalaca  
☐ San Jeronimo  
☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)

**Question:** WOM\_GESTAGE

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Edad:	
-1	No registrado	

29. Edad gestacional

- ☐ Edad:  semanas  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_BABYCOMPL

**Minimum checks:** 1

30. 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 registrado

**Question:** WOM\_BABYBIRTH\_WHERE

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	En esta unidad de salud	
2	En otra unidad de salud	
3	En la casa	
4	Camino a esta unidad de salud	
5	El nacimiento no ocurrió	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

31. ¿Dónde ocurrió este nacimiento?

- ☐ En esta unidad de salud  
☐ En otra unidad de salud  
☐ En la casa  
☐ Camino a esta unidad de salud  
☐ El nacimiento no ocurrió  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_BABYBIRTH\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_BABYBIRTH\_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si:	
-1	No registrado	


32. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe:

Fecha de nacimiento

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

**Question:** WOM\_BABYBIRTH\_TIME**Required****Show if:** (WOM\_BABYBIRTH\_WHERE ≠ 5:[El nacimiento no ocurrió])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 33. Indique si los siguientes fueron registrados para el bebe

Hora de nacimiento (horario de 24 horas)

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Jump-To:** JUMPTO\_END**Description:****Jump-To-Item:** END**Jump-If:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )**Collection:** SEPSIS**Contains:** SEP**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )*Anote si se registró lo siguiente para el paciente con sepsis.***Collection:** SEP**Contains:** WOM\_SEP\_CAUSE\_, WOM\_SEP\_CAUSE\_OTH\_SPEC, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_OTH\_SPEC, WOM\_SEP\_MEDICATIONS, WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER, WOM\_SEP\_SPECIAL\_TYPE, WOM\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, WOM\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, WOM\_SEP\_RESULT, WOM\_SEP\_DISPOSITION, WOM\_SEP\_REF\_REASTO, WOM\_SEP\_REF\_ACCOMTO, WOM\_SEP\_REF\_TYPTETO, WOM\_SEP\_REF\_MUNICIPTO, WOM\_SEP\_REF\_NAMETO, WOM\_SEP\_DIS\_DATE, WOM\_SEP\_DIS\_TIME, WOM\_SEP\_DEATH\_DATE, WOM\_SEP\_DEATH\_TIME**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una****Custom Layout Question:** WOM\_SEP\_CHECK


	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia cardiaca (fc)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> °C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una****Custom Layout Question:** WOM\_SEP\_LAB

	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Leucocitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>^3</sup> /liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recuento de plaquetas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina (Hgb o Hb)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematocrito (Hto o Hct)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Biometría hemática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Question Block:** WOM\_SEP\_CAUSE\_**Contains:** WOM\_SEP\_CAUSE\_ABORT, WOM\_SEP\_CAUSE\_ABORT2, WOM\_SEP\_CAUSE\_PRERUPTURE, WOM\_SEP\_CAUSE\_PERF, WOM\_SEP\_CAUSE\_CORIO, WOM\_SEP\_CAUSE\_ABSCESS, WOM\_SEP\_CAUSE\_PELVICABSCESS, WOM\_SEP\_CAUSE\_ECTINFECT, WOM\_SEP\_CAUSE\_PELVIPER, WOM\_SEP\_CAUSE\_CANALTEAR, WOM\_SEP\_CAUSE\_EPISTOINFECT, WOM\_SEP\_CAUSE\_POSTENDO, WOM\_SEP\_CAUSE\_FEVER, WOM\_SEP\_CAUSE\_RETAIN, WOM\_SEP\_CAUSE\_OTH**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	


 36. Anote la razón de del sepsis (seleccione todas las que apliquen)

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)

	Sí	No
Aborto séptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborto séptico, restos corioplacentarios infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura prematura de las membranas (RPM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corioamnioitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abscesos (en general)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absceso pélvico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazos ectopicos infectados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelviperitonitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarro de canal vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episiotomía infectada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometritis postparto o post-cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre puerperal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención de restos placentarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** WOM\_SEP\_CAUSE\_OTH\_SPEC  
**Required**  
**Show if:** (WOM\_SEP\_CAUSE\_OTH = 1:[Si])

 37. ¿Que es un otro razón de sepsis?


**Question Block:** WOM\_SEP\_PROCEDURES\_  
**Contains:** WOM\_SEP\_PROCEDURES\_AMEU, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_CAVIDAD, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_LEGRADO, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_HIST, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_LAP, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_SUTURE, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_SURG, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_DRENAJE, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_SALPIN, WOM\_SEP\_PROCEDURES\_OTH  
**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 38. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:  
(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE)


	Sí	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisión de cavidad uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legrado instrumental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación quirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drenaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salpinguectomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** WOM\_SEP\_PROCEDURES\_OTH\_SPEC  
**Required**  
**Show if:** (WOM\_SEP\_PROCEDURES\_OTH = 1:[Si])

 39. ¿Que otro procedimiento se realizó?

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

**Custom Layout Question:** WOM\_SEP\_MED

 40.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Amikacina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clindamicina	<input type="text" value="v"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gentamicina		<input type="text"/>		



	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ampicilina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metronidazol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penicilina cristalina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Piperacilina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tazobactan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antibiótico (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Question:** WOM\_SEP\_MEDICATIONS**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

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

- ☐ Sí
- ☐ No

**Question:** WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

42. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
- ☐ Sí, marcado con un sello
- ☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_SPECIAL\_TYPE**Required****Show if:** (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

43. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Gineco-obstetra
- ☐ Cirujano
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE**Required****Show if:** (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

44. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

**Question:** WOM\_SEP\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_SEP\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

45. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_RESULT

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	

46. Resultado del embarazo:

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Cesárea rutina
- ☐ Cesárea emergencia
- ☐ Aborto
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_DISPOSITION

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
6	Referida a otra unidad médica	Never Shown
3	Traslado/referida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

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

**Question:** WOM\_SEP\_REF\_REASTO

**Minimum checks: 1**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

48. Razón por la que fue referida/traslado:

- ☐ Alta temperatura
- ☐ Alta cuenta leucocitaria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_REF\_ACCOMTO

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, por un médico	
2	Sí, por una enfermera	
995	Sí, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	



49. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
- ☐ Si, por una enfermera
- ☐ Si, por un otro trabajador:
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_REF\_TYPTETO

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



50. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_REF\_MUNICIPTO

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choloteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyune	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Lange	
36	Länge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucia	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	



51. ¿A cual municipio fue la unidad?


- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choloteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción

- ☐ Concepción de Maria  
☐ Copán  
☐ Copán Ruinas  
☐ Dulce Nombre de Culmí  
☐ Duyure  
☐ Gracias  
☐ Guarita  
☐ Intibucá  
☐ Juticalpa  
☐ La Jigua  
☐ La Paz  
☐ La Virtud  
☐ Langue  
☐ Lánge  
☐ Magdalena  
☐ Mapulaca  
☐ Nueva Arcadia  
☐ Piraera  
☐ San Antonio, COPÁN  
☐ San Antonio, INTIBUCÁ  
☐ San Francisco de Opalaca  
☐ San Jeronimo  
☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_REF\_NAMETO

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


 52. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

**Question:** WOM\_SEP\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 6:[Referida a otra unidad médica] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 53. Fecha de egreso/referida/traslado


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

**Question:** WOM\_SEP\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 6:[Referida a otra unidad médica] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 54. Hora de egreso/referida/traslado


- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_SEP\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 55. Fecha de defunción


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

**Question:** WOM\_SEP\_DEATH\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_SEP\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 56. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Collection:** HEMORRHAGE

**Contains:** HEM

**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )

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

**Collection:** HEM

**Contains:** WOM\_HEM\_CAUSE\_, WOM\_HEM\_CAUSE\_OTH\_SPEC, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_, WOM\_HEM\_REPOSITION\_SED, WOM\_HEM\_REPOSITION\_SURG, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_OTH\_SPEC, WOM\_HEM\_BLOODLOSS, WOM\_HEM\_BLOODLOSS\_QUAL, WOM\_HEM\_MEDICATIONS, WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER, WOM\_HEM\_SPECIAL\_TYPE, WOM\_HEM\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, WOM\_HEM\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, WOM\_HEM\_RESULT, WOM\_HEM\_DISPOSITION, WOM\_HEM\_REF\_REASTO, WOM\_HEM\_REF\_ACCOMTO, WOM\_HEM\_REF\_TYPTO, WOM\_HEM\_REF\_MUNICIPTO, WOM\_HEM\_REF\_NAMETO, WOM\_HEM\_DIS\_DATE, WOM\_HEM\_DIS\_TIME, WOM\_HEM\_DEATH\_DATE, WOM\_HEM\_DEATH\_TIME

**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_HEM\_CHECK



57.

Presión arterial (PA)

Registrado Valor

/

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Pulso

por minuto

Frecuencia cardiaca (fc)

por

Frecuencia respiratoria (fr)

minuto

Temperatura (T°)

°C

Estado de conciencia

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_HEM\_LAB



58.

Tiempo de protrombina (TP)

segundo

Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)

segundo

Plaquetas

$\times 10^3/L$

Hemoglobina (Hgb o Hb)

g/dL

Hematocrito (Hto o Hct)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

Otro (especificar)

**Question Block:** WOM\_HEM\_CAUSE\_

**Contains:** WOM\_HEM\_CAUSE\_ABORT, WOM\_HEM\_CAUSE\_ABORT2, WOM\_HEM\_CAUSE\_ABORT3, WOM\_HEM\_CAUSE\_RETAIN, WOM\_HEM\_CAUSE\_RETAINPART, WOM\_HEM\_CAUSE\_RETAINUNSPEC, WOM\_HEM\_CAUSE\_RESTOS, WOM\_HEM\_CAUSE\_PLACENT, WOM\_HEM\_CAUSE\_PREVIA, WOM\_HEM\_CAUSE\_PREVIA2, WOM\_HEM\_CAUSE\_PREMATURE, WOM\_HEM\_CAUSE\_PLACENTA, WOM\_HEM\_CAUSE RUPTURE, WOM\_HEM\_CAUSE RUPTUREV, WOM\_HEM\_CAUSE RUPTUREC, WOM\_HEM\_CAUSE\_ATONY, WOM\_HEM\_CAUSE\_HIPO, WOM\_HEM\_CAUSE ECTOPIC, WOM\_HEM\_CAUSE ECTOPICROTO, WOM\_HEM\_CAUSE\_DESCERV, WOM\_HEM\_CAUSE\_DESCANAL, WOM\_HEM\_CAUSE\_DESVULVO, WOM\_HEM\_CAUSE\_INVERSION, WOM\_HEM\_CAUSE\_OTRO

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	



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

(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Sí	No
Aborto complicado (en general)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborto incompleto complicado con hemorragia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hemorragia consecutiva al aborto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Retención total de placenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención parcial de placenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retención de placenta (no especificado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restos placentarios o corioplacentarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Placenta previa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Placenta previa con hemorragia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desprendimiento prematuro de placenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desprendimiento de placenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura vaginales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruptura cervicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atonía uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipotonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazo ectópico roto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarros cervicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarros de canal vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desgarros vulvo-perineal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inversión uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** WOM\_HEM\_CAUSE\_OTH\_SPEC

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_CAUSE\_OTRO = 1:[SI])



60. ¿Que es un otro razón de hemorragia?

**Question Block:** WOM\_HEM\_PROCEDURES\_

**Contains:** WOM\_HEM\_PROCEDURES\_AMEU, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_CAVIDAD, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_LEGRADO, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_CSEC, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_HIST, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_LAP, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_BLYNCH, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_SUTURE2, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_SUTURE, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_SURG, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_DRENAJE, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_SALPIN, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_MASAJE, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_BIMAN, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_AORTA, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_TAP, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_BALON, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_MANUAL, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_REP, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_HYOART, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_UTART, WOM\_HEM\_PROCEDURES\_OTH

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	



61. Anote si se hicieron los siguientes procedimientos:


(ANOTE TODAS LAS OPCIONES QUE LE INDIQUEN)

	Si	No
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revisión de cavidad uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legrado instrumental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laparotomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura di B-Lynch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suturas compresivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación quirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drenaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salpingulectomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Masaje uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión bimanual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compresión de la aorta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taponamiento uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balón hidrostático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción manual (de la placenta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reposición o restitución del útero con técnicas no quirúrgicas (como mainbra de Johnson) o quirúrgicas (como maniobras de Huntington o de Haultani)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria hipogástrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligadura de la arteria uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Question:** WOM\_HEM\_REPOSITION\_SED**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_PROCEDURES\_REP = 1:[Sí])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, con analgésicos	
2	Sí, con sedación	
3	Sí, con anestesia	
0	No	
-1	No registrado	

 62. ¿Le administraron anestesia o sedantes a la mujer durante la reposición del útero?

- ☐ Sí, con analgésicos  
☐ Sí, con sedación  
☐ Sí, con anestesia  
☐ No  
☐ No registrado


**Question:** WOM\_HEM\_REPOSITION\_SURG**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_PROCEDURES\_REP = 1:[Sí])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Técnica no quirúrgica (especificar):	
2	Técnica quirúrgica (especificar):	
-1	No registrado	

 63. ¿Que técnica se usó durante el reposición del útero?


- ☐ Técnica no quirúrgica (especificar):   
☐ Técnica quirúrgica (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_PROCEDURES\_OTH\_SPEC**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_PROCEDURES\_OTH = 1:[Sí])

 64. ¿Que otro procedimiento se realizó?

**Question:** WOM\_HEM\_BLOODLOSS**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cantidad de sangre	
-1	No registrado	

 65. ¿Cuánta sangre perdió la mujer durante la complicación?

- ☐ Cantidad de sangre   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_BLOODLOSS\_QUAL**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	

 66. ¿Existe alguna valoración cualitativa sobre la cantidad de sangre perdida

- ☐ Sí   
☐ No

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la primera administración para cada una

**Custom Layout Question:** WOM\_HEM\_MED

 67.

Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lactato de Ringer

☐ ☐☐☐☐

Hartman

☐ ☐☐☐☐

Solución salina

☐ ☐☐☐☐

Gentamicina

☐ ☐☐☐☐

Misoprostol

☐ ☐☐☐☐

Metilergonovina

☐ ☐☐☐☐

Otro uterotónico (especificar)

☐ ☐☐☐☐

Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐


Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐

Otro medicamento (especificar)

☐ ☐☐☐☐**Question:** WOM\_HEM\_MEDICATIONS**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si
- ☐ No

**Question:** WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER**Required**


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

 69. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma
- ☐ Sí, marcado con un sello
- ☐ Sí, marcado con otro método (especificar):
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_SPECIAL\_TYPE**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 70. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Gineco-obstetra
- ☐ Cirujano
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	


 71. Fecha de primera evaluación por la especialista

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



**Question:** WOM\_HEM\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_HEM\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 72. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_RESULT**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Parto vaginal	
2	Cesárea rutina	
3	Cesárea emergencia	
4	Aborto	
995	Otro	
-1	No registrado	

 73. Resultado del embarazo:


- ☐ Parto vaginal
- ☐ Cesárea rutina
- ☐ Cesárea emergencia
- ☐ Aborto
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_DISPOSITION**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
6	Referida a otra unidad médica	Never Shown
3	Traslado/referida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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


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

**Question:** WOM\_HEM\_REF\_REASTO**Minimum checks:** 1**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica]) 75. Razón por la que fue referida/traslado:

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

**Question:** WOM\_HEM\_REF\_ACCOMTO**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

 76. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
- ☐ Si, por una enfermera
- ☐ Si, por un otro trabajador:
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_REF\_TYPETO**Required****Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If

Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	



77. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

Question: WOM\_HEM\_REF\_MUNICIPTO

Required

Show if: (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucia	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambla	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	



78. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz

- ☐ La Virtud  
☐ Langue  
☐ Lánge  
☐ Magdalena  
☐ Mapulaca  
☐ Nueva Arcadia  
☐ Piraera  
☐ San Antonio, COPÁN  
☐ San Antonio, INTIBUCÁ  
☐ San Francisco de Opalaca  
☐ San Jeronimo  
☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_REF\_NAMETO

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])



79. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

**Question:** WOM\_HEM\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 6:[Referida a otra unidad médica] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



80. Fecha de egreso/referida/traslado

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

**Question:** WOM\_HEM\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 6:[Referida a otra unidad médica] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



81. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_HEM\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



82. Fecha de defunción

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

**Question:** WOM\_HEM\_DEATH\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_HEM\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



83. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)

☐ No registrado

**Collection:** PRE-ECLAMPSIA  
**Contains:** PRE\_  
**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )

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

**Collection:** PRE\_  
**Contains:** WOM\_PRE\_CHECK\_BP\_110, WOM\_PRE\_MEDICATIONS, WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER, WOM\_PRE\_SPECIAL\_TYPE, WOM\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, WOM\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, WOM\_PRE\_RESULT, WOM\_PRE\_DISPOSITION, WOM\_PRE\_REF\_REASTO, WOM\_PRE\_REF\_ACCOMTO, WOM\_PRE\_REF\_TYPTO, WOM\_PRE\_REF\_MUNICIPTO, WOM\_PRE\_REF\_NAMETO, WOM\_PRE\_DIS\_DATE, WOM\_PRE\_DIS\_TIME, WOM\_PRE\_DEATH\_DATE, WOM\_PRE\_DEATH\_TIME  
**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, sus valores, así como la fecha y hora de la **primera revisión para cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_PRE\_CHECK1

84.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflejo rotuliano patelar (ROT)	<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 cardiaca (fc)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria (fr)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> por minuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura (T°)	<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"/>
Otro (especificar)	<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"/>

**Question:** WOM\_PRE\_CHECK\_BP\_110

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	

85. La presión arterial diastólica supero en cualquier momento 110?

☐ Sí

☐ No

☐ No registrado

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron las siguientes revisiones, y la fecha y hora en que se hicieron por **primera revisión para cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_PRE\_CHECK2

86.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oliguria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_PRE\_LAB1

87.	Registrado	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> x10 <sup>^3</sup> /L	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspartato aminotransferasa (GOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alanina-aminotransferasa (GPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deshidrogenasa láctica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> U/liter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP)	<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"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio, sus valores, así como la fecha y hora de **la primera vez que se hicieron cada una**

**Custom Layout Question:** WOM\_PRE\_LAB2

88.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina (proteinuria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> g/día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Revise todo el expediente clínico para completar la siguiente sección. Anote si se administraron los siguientes medicamentos y sus dosis, así como la fecha y hora de la **primera administración para cada una**

**Custom Layout Question: WOM\_PRE\_MED**

89.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nifedipina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Betametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dexametasona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Solución salina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lactato de ringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hartman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Labetalol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro medicamento (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Question: WOM\_PRE\_MEDICATIONS****Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si  
☐ No

**Question: WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER****Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

91. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma  
☐ Sí, marcado con un sello  
☐ Sí, marcado con otro método (especificar):   
☐ No  
☐ No registrado

**Question: WOM\_PRE\_SPECIAL\_TYPE****Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

92. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

- ☐ Obstetra  
☐ Ginecólogo


- ☐ Gineco-obstetra  
☐ Cirujano  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 93. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

**Question:** WOM\_PRE\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	


 94. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_RESULT

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

 95. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea  
☐ Parto vaginal  
☐ Otro   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_DISPOSITION

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
6	Referida a otra unidad médica	Never Shown
3	Traslado/referida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	


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

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

**Question:** WOM\_PRE\_REF\_REASTO

**Minimum checks:** 1

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

 97. Razón por la que fue referida/traslado

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


**Question:** WOM\_PRE\_REF\_ACCOMTO

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	

995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

 98. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?


- ☐ Si, por un médico
- ☐ Si, por una enfermera
- ☐ Si, por un otro trabajador:
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_REF\_TYPTO

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 99. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer


- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_REF\_MUNICIPTO

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langué	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucia	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Puringla	
18	Tambila	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	

 100. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca

- ☐ Comayagua  
☐ Concepción  
☐ Concepción de Maria  
☐ Copán  
☐ Copán Ruinas  
☐ Dulce Nombre de Culmí  
☐ Duyure  
☐ Gracias  
☐ Guarita  
☐ Intibucá  
☐ Juticalpa  
☐ La Jigua  
☐ La Paz  
☐ La Virtud  
☐ Langue  
☐ Lánge  
☐ Magdalena  
☐ Mapulaca  
☐ Nueva Arcadia  
☐ Piraera  
☐ San Antonio, COPÁN  
☐ San Antonio, INTIBUCÁ  
☐ San Francisco de Opalaca  
☐ San Jeronimo  
☐ San José de Comayagua  
☐ San Juan Guarita  
☐ San Lorenzo  
☐ San Marcos  
☐ San Marcos de Colon  
☐ San Miguelito  
☐ San Nicolas  
☐ Santa Cruz de Yojoa  
☐ Santa Lucía  
☐ Santa Rita  
☐ Santa Rosa  
☐ Santiago de Puringla  
☐ Tambla  
☐ Taulabe  
☐ Tomalá  
☐ Valladolid  
☐ Virginia  
☐ Otro (ESPECIFIQUE)   
☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_REF\_NAME

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

101. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

**Question:** WOM\_PRE\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

102. Fecha de egreso/referida/traslado

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

**Question:** WOM\_PRE\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

103. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

**Question:** WOM\_PRE\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	



-1 No registrado



104. Fecha de defunción

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

**Question:** WOM\_PRE\_DEATH\_TIME**Required****Show if:** (WOM\_PRE\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	



105. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Collection:** ECLAMPسيا**Contains:** ECL**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )*Indique si los siguientes fueron registrados para pacientes con eclampsia.***Collection:** ECL**Contains:** WOM\_ECL\_CHECK\_BP\_110, WOM\_ECL\_MEDICATIONS, WOM\_ECL\_SPECIAL\_EVER, WOM\_ECL\_SPECIAL\_TYPE, WOM\_ECL\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE, WOM\_ECL\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME, WOM\_ECL\_RESULT, WOM\_ECL\_DISPOSITION, WOM\_ECL\_REF\_REASTO, WOM\_ECL\_REF\_ACCOMTO, WOM\_ECL\_REF\_TYPTETO, WOM\_ECL\_REF\_MUNICIPTO, WOM\_ECL\_REF\_NAMETO, WOM\_ECL\_DIS\_DATE, WOM\_ECL\_DIS\_TIME, WOM\_ECL\_DEATH\_DATE, WOM\_ECL\_DEATH\_TIME**Show if:** (MRR\_WOM\_DEL\_COMP is-any-of )

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

**Custom Layout Question:** WOM\_ECL\_CHECK1

106.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Presión arterial (PA)

 / 

Pulso

 por

minuto

Frecuencia cardiaca (fc)

 por

Frecuencia respiratoria (fr)

 por

minuto

Temperatura (T°)

 °C

Reflejo rotuliano patelar (ROT)



Otro (especificar)



Otro (especificar)



Otro (especificar)

**Question:** WOM\_ECL\_CHECK\_BP\_110**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Sí	
0	No	
-1	No registrado	



107. La presión arterial diastólica supero en cualquier momento 110?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

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

**Custom Layout Question:** WOM\_ECL\_CHECK2

108.

Registrado Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Convulsiones



Oliguria



Otro (especificar)



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

**Custom Layout Question:** WOM\_ECL\_LAB1

109.

Registrado Valor

Fecha (DD/MM/AAAA)

Hora (HH:MM)

Recuento de plaquetas

 x10^3/L

Aspartato aminotransferasa (GOT)

 U/liter

Alanina-aminotransferasa (GPT)

 U/liter

Deshidrogenasa lactica

 U/liter

Creatinina



Ácido úrico



Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO)



Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP)



Otro (especificar)	<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"/>

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

**Custom Layout Question: WOM\_ECL\_LAB2**

110.	Registrado	Número de +	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Proteína en orina (proteinuria)	<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"/>

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

**Custom Layout Question: WOM\_ECL\_MED**

111.	Administrado	Dosis	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Sulfato de magnesio (zuspam, SMg4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hidralazina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nifedipina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betametasona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dexametasona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solución salina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lactato de ringer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hartman	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Labetalol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro antihipertensivo (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro medicamento (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Question: WOM\_ECL\_MEDICATIONS**

Required

Code	Label	Show-If
1	Si	
0	No	

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

- ☐ Si  
☐ No

**Question: WOM\_ECL\_SPECIAL\_EVER**

Required

Code	Label	Show-If
1	Sí, marcado por una notación ME en la firma	
2	Sí, marcado con un sello	
995	Sí, marcado con otro método (especificar):	
0	No	
-1	No registrado	

113. ¿Fue la mujer revisada por un especialista alguna vez?

- ☐ Sí, marcado por una notación ME en la firma  
☐ Sí, marcado con un sello  
☐ Sí, marcado con otro método (especificar):   
☐ No  
☐ No registrado

**Question: WOM\_ECL\_SPECIAL\_TYPE**

Required

Show if: (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Code	Label	Show-If

1	Obstetra	
2	Ginecólogo	
3	Gineco-obstetra	
4	Cirujano	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

114. ¿De que tipo fue la especialista que reviso la mujer?

- ☐ Obstetra
- ☐ Ginecólogo
- ☐ Gineco-obstetra
- ☐ Cirujano
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_CONSULT\_SPECIAL\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

115. Fecha de primera evaluación por la especialista

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

**Question:** WOM\_ECL\_CONSULT\_SPECIAL\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 1:[Sí, marcado por una notación ME en la firma]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 2:[Sí, marcado con un sello]) or (WOM\_PRE\_SPECIAL\_EVER = 995:[Sí, marcado con otro método (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

116. Hora de primera evaluación por la especialista

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_RESULT

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Cesárea	
2	Parto vaginal	
995	Otro	
-1	No registrado	

117. Resultado del embarazo:

- ☐ Cesárea
- ☐ Parto vaginal
- ☐ Otro
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_DISPOSITION

**Required**

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Murió en el hospital	
2	Egresó para su casa	
6	Referida a otra unidad médica	Never Shown
3	Traslado/referida a otra unidad médica	
4	Egresó contra las indicaciones médicas	
5	Desconocido	
995	Otra (especificar):	
-1	No registrado	

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

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

**Question:** WOM\_ECL\_REF\_REASTO

**Minimum checks:** 1


**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

119. Razón por la que fue referida/traslado

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Proteinuria
- ☐ Sangrado
- ☐ Lochia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Otro

☐ No registrado**Question:** WOM\_ECL\_REF\_ACCOMTO**Required****Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Si, por un médico	
2	Si, por una enfermera	
995	Si, por un otro trabajador:	
0	No	
-1	No registrado	

 120. ¿La mujer fue acompañada por un trabajador a la unidad de salud?

- ☐ Si, por un médico
- ☐ Si, por una enfermera
- ☐ Si, por un otro trabajador:
- ☐ No
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_REF\_TYPTO**Required****Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)	
2	Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)	
3	Policlínico Tipo III (CMI)	
4	Hospital tipo 1 (hospital de área)	
5	Hospital tipo 2 (hospital de regional)	
995	Otro (especificar):	
-1	No registrado	

 121. Tipo de unidad de salud a que fue referida/traslado la mujer

- ☐ Establecimiento de Salud UAPS tipo 1 (CESAR)
- ☐ Establecimiento de Salud CIS tipo 2 (CESAMO)
- ☐ Policlínico Tipo III (CMI)
- ☐ Hospital tipo 1 (hospital de área)
- ☐ Hospital tipo 2 (hospital de regional)
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_REF\_MUNICIPTO**Required****Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
35	Aguanqueterique	
1	Cabañas	
26	Candelaria	
27	Catacamas	
24	Choluteca	
2	Cololaca	
34	Comayagua	
3	Concepción	
4	Concepción de Maria	
28	Copán	
5	Copán Ruinas	
6	Dulce Nombre de Culmí	
7	Duyure	
29	Gracias	
8	Guarita	
21	Intibucá	
25	Juticalpa	
43	La Jigua	
22	La Paz	
30	La Virtud	
44	Langue	
36	Lánge	
9	Magdalena	
37	Mapulaca	
45	Nueva Arcadia	
38	Piraera	
10	San Antonio, COPÁN	
11	San Antonio, INTIBUCÁ	
39	San Francisco de Opalaca	
12	San Jeronimo	
40	San José de Comayagua	
13	San Juan Guarita	
31	San Lorenzo	
23	San Marcos	
14	San Marcos de Colon	
32	San Miguelito	
46	San Nicolas	
41	Santa Cruz de Yojoa	
15	Santa Lucía	
16	Santa Rita	
48	Santa Rosa	
17	Santiago de Purangla	
18	Tambila	
33	Taulabe	
19	Tomalá	
20	Valladolid	
42	Virginia	
995	Otro	
-1	No registrado	


 122. ¿A cual municipio fue la unidad?

- ☐ Aguanqueterique
- ☐ Cabañas
- ☐ Candelaria
- ☐ Catacamas
- ☐ Choluteca
- ☐ Cololaca
- ☐ Comayagua
- ☐ Concepción
- ☐ Concepción de Maria
- ☐ Copán
- ☐ Copán Ruinas
- ☐ Dulce Nombre de Culmí
- ☐ Duyure
- ☐ Gracias
- ☐ Guarita
- ☐ Intibucá
- ☐ Juticalpa
- ☐ La Jigua
- ☐ La Paz
- ☐ La Virtud
- ☐ Langue
- ☐ Lánge
- ☐ Magdalena
- ☐ Mapulaca
- ☐ Nueva Arcadia
- ☐ Piraera
- ☐ San Antonio, COPÁN
- ☐ San Antonio, INTIBUCA
- ☐ San Francisco de Opalaca
- ☐ San Jeronimo
- ☐ San José de Comayagua
- ☐ San Juan Guarita
- ☐ San Lorenzo
- ☐ San Marcos
- ☐ San Marcos de Colon
- ☐ San Miguelito
- ☐ San Nicolas
- ☐ Santa Cruz de Yojoa
- ☐ Santa Lucía
- ☐ Santa Rita
- ☐ Santa Rosa
- ☐ Santiago de Puringla
- ☐ Tambla
- ☐ Taulabe
- ☐ Tomalá
- ☐ Valladolid
- ☐ Virginia
- ☐ Otro (ESPECIFIQUE)
- ☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_REF\_NAMETO

**Required**

**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 3:[Traslado/referida a otra unidad médica])


 123. ¿A cual unidad fue la mujer referida/traslado?

**Question:** WOM\_ECL\_DIS\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 3:[Traslado/referida a otra unidad médica] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 124. Fecha de egreso/referida/traslado


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

**Question:** WOM\_ECL\_DIS\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION is-any-of 2:[Egresó para su casa] or 4:[Egresó contra las indicaciones médicas] or 995:[Otra (especificar):])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	

 125. Hora de egreso/referida/traslado

- ☐ Hora:  (HH:MM)


☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_DEATH\_DATE

**Required**

**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Fecha:	
-1	No registrado	

 126. Fecha de defunción

☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)


☐ No registrado

**Question:** WOM\_ECL\_DEATH\_TIME

**Required**

**Show if:** (WOM\_ECL\_DISPOSITION = 1:[Murió en el hospital])

Scale Summary		
Code	Label	Show-If
1	Hora:	
-1	No registrado	


 127. Hora de defunción

☐ Hora:  (HH:MM)

☐ No registrado

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

**Question:** COMMENT\_COMPL\_MATERNA

 128. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección

**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