



IDENTIFICACIÓN

i) Código país ii) Código centro

iii) Nombre de la institución participante:

iv) Dirección completa:

v) Nombre y profesión de coordinador/a del hospital

vi) Correo electrónico de coordinador/a del hospital:

vii) Inicio de la recolección de datos:

d	d	m	m	a	a	a	a
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

viii) Fin de la recolección de datos:

d	d	m	m	a	a	a	a
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

UBICACIÓN Y TIPO DE INSTITUCIÓN DE SALUD

1. Ubicación
1= Urbana 2= Semiurbana 3= Rural

2. ¿Cuál es la proporción de embarazadas que reciben atención gratuita en esta institución?
1= menos de 25% 3= entre 50% y 99%
2= entre 25% y 50% 4= 100% (todas)

3. En caso de complicaciones ¿se le pide a la madre/familia que traiga/pague los medicamentos o insumos adicionales? (1 = No 2 = Si)

4. ¿Es esta una institución escuela para estudiantes de medicina o enfermería? (1 = No 2 = Si)

5. ¿Cuál es el nivel de atención de esta institución?
1= Primario 3= Terciario
2= Secundario 4= Otro nivel de referencia

6. ¿Es exclusivamente una maternidad? (1 = No 2 = Si)

ESTRUCTURA DEL HOSPITAL Y CAPACIDAD

7. Número total de camas en uso

8. Número promedio diario de pacientes obstétricas que permanecen al menos una noche

9. En la institución, durante el período de recolección de datos:

a) ¿Cuántos nacimientos ocurrieron?

b) ¿Cuántas mujeres recibieron atención relacionada con el aborto / postaborto?

Q10 a Q14, por favor responda 1 = No 2 = Si

10. ¿Están los siguientes recursos disponibles y funcionando?

- a) Electricidad, agua corriente y cloacas
- b) Generador
- c) Heladera

- d) Teléfono/radio
- f) Correo electrónico/Internet
- g) Incinerador
- h) Ambulancia

11. ¿Están estos servicios disponibles en esta institución?

- a) Banco de sangre
- b) Pruebas de rutina para VIH, Hepatitis B y Sífilis a los donantes de sangre
- c) Unidad de terapia intensiva de adultos (UTI)
- d) Unidad de terapia intensiva neonatal (UCIN)
- e) Cualquier unidad de cuidados neonatales con incubadoras
- f) Servicio de consulta de embarazo de alto riesgo
- g) Camas para embarazos de alto riesgo
- h) Departamento de radiología
- i) Servicio de ultrasonido (ecografía)
- j) Laboratorio clínico/bioquímico
- k) Equipamiento para esterilización

12. ¿Están disponibles los siguientes servicios en la institución?

- a) Administración de antibióticos parenterales
- b) Administración de ocitocina
- c) Administración de misoprostol
- d) Administración de otros uterotónicos (ej. ergotamina)
- e) Embolización de la arteria uterina
- f) Administración de sulfato de magnesio
- g) Alumbramiento manual
- h) Remoción de productos retenidos (aspiración manual endouterina u otra técnica)
- i) Vacuum o fórceps
- j) Transfusión de sangre
- k) Histerectomía
- l) Administración de oxígeno por máscara o catéter
- m) Ventilación mecánica
- n) Diálisis
- o) Resucitación neonatal

13. ¿Están estas pruebas de laboratorio disponibles en la institución?

- a) Gases en sangre/gasometría
- b) Creatinina
- c) Bilirrubina
- d) Lactato
- e) Hemoglobina
- f) Recuento de plaquetas
- g) Pruebas de coagulación (TP, KPTT)

14. ¿Se usan los siguientes recursos en la institución?

- a) Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS
- b) Guías de la OMS (por ej. hemorragia posparto)
- c) Guías basadas en evidencia, adaptadas localmente
- d) Auditorías clínicas (por ej. Revisión de Mortalidad Materna)

15. ¿Están estos profesionales disponibles en la institución?

- Por favor indique:
1= 24h/día, 7días/semana, en la institución
2= 24h/día, 7días/semana, pero pasivos, fuera de la institución
3= Disponibilidad parcial (sólo horarios consultorio, algunos días/semanas)
4= No disponibles en la institución
- a) Médico obstetra especialista
 - b) Pediatra
 - c) Especialista en medicina interna
 - d) Especialista cuidados intensivos
 - e) Anestésista
 - f) Técnico anestésista (enfermera/paramédico)



ACCESO DE LAS MADRES A CUIDADOS INTENSIVOS

16. Para cada ítem, seleccione la opción que refleje mejor su opinión: 1= De acuerdo 2= En desacuerdo

- a) Este hospital tiene un servicio de UTI de adultos/ materno adecuado que es capaz de proveer monitoreo y supervisión médica (24h/día), ventilación mecánica y drogas vasoactivas
- b) Si la mujer necesita cuidados intensivos tiene que ser derivada a otro hospital
- c) Las muertes maternas raramente ocurren antes de su admisión a UTI
- d) El ingreso a UTI representa un problema muy importante para las mujeres con complicaciones

IDENTIFICACION DE LAS NEAR MISS

17. Para cada uno de los parámetros listados, ¿cómo calificaría usted la identificación de los casos de near miss en esta institución?
Por favor indique: 1= No factible 2= Factible

a) Disfunción clínica orgánica

- i. Cianosis aguda
- ii. Respiración jadeante (Gaspings)
- iii. Frecuencia respiratoria >40 or <6 rpm
- iv. Shock
- v. Paro cardíaco
- vi. Oliguria sin respuesta a hidratación/diuréticos
- vii. Pérdida de conciencia que dura >12 horas
- viii. Accidente cerebro vascular
- ix. Convulsiones incontrolables/ estado epiléptico
- x. Parálisis generalizada
- xi. Ictericia en presencia de preeclampsia
- xii. Fallas de la coagulación

b) Marcadores de laboratorios de disfunción orgánica

- i. Saturación de O₂ <90% por más de 60min
- ii. PAO₂/FiO₂ <200 mmHg
- iii. Creatinina >300 µmol/ml or >3.5mg/dL
- iv. Bilirubina >100 µmol/L or >6.0mg/dL
- v. pH <7.1
- vi. Lactato > 5mEq/L
- vii. Trombocitopenia aguda (<50,000 plaquetas/ml)

c) Manejo de indicadores de severidad

- i. Histerectomía después de infección o hemorragia
- ii. Uso continuo de drogas vasoactivas
- iii. Reanimación cardio-pulmonar
- iv. Diálisis para la insuficiencia renal aguda
- v. Cualquier intubación/ventilación sin relación con la anestesia
- vi. Transfusión de >5 unidades de glóbulos rojos

ACCESO A CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

18. Para cada ítem, indique cuál es la opción que mejor refleja su opinión: 1= De acuerdo 2= En desacuerdo

- a) Este hospital tiene una UCIN adecuada que provee monitoreo continuo y supervisión médica (24h/día), nutrición parenteral, ventilación mecánica y drogas vasoactivas
- b) Si un neonato necesita cuidados intensivos, debe ser referido a otro hospital
- c) El ingreso a cuidados intensivos representa un problema para los neonatos con complicaciones severas

IDENTIFICACION DE LOS NEAR MISS NEONATAL

19. Basado en los criterios listados, ¿cómo calificaría usted la identificación de los casos de near miss neonatal en este hospital?
Por favor indique: 1= No factible 2= Factible

a) Disfunción clínica orgánica

- i. Frecuencia respiratoria > 100 rpm
- ii. Cianosis en aire ambiente
- iii. Ausencia de un ritmo respiratorio regular (respiración jadeante o apnea frecuente)
- iv. Paro cardíaco
- v. Bradicardia persistente <80 l/m
- vi. Taquicardia persistente >200 l/m
- vii. Pobre llenado capilar (>5 segundos)
- viii. Hemorragia subaponeurótica
- ix. Convulsiones
- x. Depresión neurológica severa (no succión)
- xi. Palidez severa
- xii. Ictericia visible en las primeras 24hs
- xiii. Sangrado activo, no traumático (por ej sangrado GI, hemorragia pulmonar)
- xiv. Hematuria visible
- xv. Anuria > 24 horas
- xvi. Apatía/ pobre tolerancia a los alimentos
- xvii. Distensión abdominal y vómitos
- xviii. Lesión del plexo braquial
- xix. Fractura de cráneo

b) Marcadores de laboratorio de disfunción orgánica

- i. Saturación por oxímetro de pulso <85% en aire ambiente
- ii. pCO₂ >65 mmHg
- iii. pH plasmático <7.1
- iv. Hematocrito <30%
- v. Hemoglobina <10g/dl
- vi. Glucosa <30 mg/dl ó <1.7 mmol/l
- vii. Recuento de glóbulos blancos <4000 glóbulos/mm³
- viii. Neutropenia <1000 glóbulos/mm³
- ix. Proteína C reactiva dentro 48 horas >10 mg/dl
- x. Signos RX de obstrucción/perforación intestinal
- xi. Signos RX de fractura de cráneo

c) Manejo de los indicadores de severidad

- i. Cualquier intubación (nacimiento hasta 7 días)
- ii. CPAP Nasal
- iii. Ventilación
- iv. Administración de surfactante
- v. Reanimación cardiopulmonar (masaje cardíaco)
- vi. Uso de cualquier droga vasoactiva
- vii. Expansores plasmáticos
- viii. Uso de anticonvulsivos
- ix. Uso de luminoterapia en las 1ras 24 hs
- x. Exsanguinotransfusión
- xi. Uso de cualquier hemoderivado
- xii. Uso de esteroides para la hipoglicemia refractaria
- xiii. Uso de antibióticos terapéuticos endovenosos
- xiv. Cualquier cirugía que requiere anestesia general

d) Indicadores inespecíficos de severidad

- Peso al nacer < 1500g

COORDINADOR DEL HOSPITAL

Fecha:

d	d	m	m	a	a	a	a

Nombre y Apellido: _____ Firma: _____



INSTRUCCIONES

- | | |
|--|--|
| <p>a) El formulario institucional debe ser llenado al final del período de recolección de los formularios individuales.</p> <p>b) Se requiere que el coordinador del hospital llene este formulario en consulta con los responsables de los servicios de obstetricia y neonatología.</p> <p>c) El formulario institucional es autoexplicativo. En caso de duda, el coordinador del hospital puede consultar al coordinador provincial. Las definiciones usadas en el formulario individual son también válidas aquí.</p> | <p>d) Una vez que completó el formulario, el coordinador debe entregar una copia al coordinador provincial.</p> <p>e) Se espera que el coordinador provincial verifique que se llenó el formulario institucional correctamente y luego debe enviarlo al coordinador de país.</p> |
|--|--|