

REPORTE GERENCIAL

TLSSA000722 HOSPITAL COMUNITARIO SAN BERNARDINO CONTLA

Sexo: TODOS

Periodo: Del: 01/03/2017 Al 31/03/2017

Derechohabiencia : TODAS

Entidad de Residencia : TODAS

Tipo de Servicio: AMBOS

Gpo Edad : TODOS

Todas las Especialidades

PARA PARTO O CESAREA

NACIMIENTOS ATENDIDOS				EN ADOLESCENTES	
EUTOCICOS	DISTOCICOS VAGINAL	CESAREA	TOTAL	MENOR DE 15	15 A 19
14.00	0.00	5.00	19.00	0.00	2.00

NACIDOS VIVOS								
DE 22 A 36 SEMANAS			37 Y MAS SEMANAS			SEMANAS NO ESPECIFICADAS		
MENOR A 2500G	2500G Y MAS	PESO N.E.	MENOR A 2500G	2500G. Y MAS	PESO N.E.	MENOR A 2500G	2500G. Y MAS	PESO N.E.
0.00	0.00	0.00	0.00	19.00	0.00	0.00	0.00	0.00

DEFUNCIONES FETALES			ABORTOS (MENOR A 22 SEMANAS) ATENDIDOS					ABORTOS (SEMANAS N. E.) ATENDIDOS				
22 A 27 SEMANAS	28 Y MAS SEMANAS	SEMANAS N.E.	A Ñ O S					A Ñ O S				
			TOTAL	< DE 15	15 A 19	20 Y MAS	N.E.	TOTAL	< DE 15	15 A 19	20 Y MAS	N.E.
0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	1.00	4.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

PLANIFICACIÓN FAMILIAR		A Ñ O S				
INTERVENCIONES QUIRURGICAS		MENOR DE 20	DE 20 A 39	40 Y MAS	EDAD N.E.	TOTAL
	VASECTOMIA TRADICIONAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	VASECTOMIA SIN BISTURI	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00
	OCCLUSION TUBARIA	0.00	10.00	0.00	0.00	10.00

ACEPTANTES DE MÉTODOS POSTEVENTO OBSTETRICO

INSERCIÓN DIU				OCCLUSION TUBARIA BILATERAL				SOLO HORMONAL	IMPLANTE SUBDERMICO	OTRO	ADOLES-CENTES ACEPTANTE
POSTPARTO	TRANSCESAREA	POSTABORTO	TOTAL	POSTPARTO	TRANSCESAREA	POSTABORTO	TOTAL				
8.00	2.00	4.00	14.00	3.00	3.00	0.00	6.00	1.00	0.00	0.00	3.00

SERVICIO	EGRESOS	DIAS ESTANCIA	PROMEDIO DIAS ESTANCIA	DEFUNCIONES HOSPITALARIAS		CIRUGIAS		INFECCIONES INTRA - HOSPITALARIAS
				TOTAL	DESPUES DE 48H	QUIROFANO	FUERA QUIR.	
CIRUGIA	5.00	8.00	1.60	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00
MEDICINA INTERNA	8.00	27.00	3.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PEDIATRIA	5.00	28.00	5.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GINECOOBSTETRICIA	40.00	69.00	1.73	0.00	0.00	23.00	15.00	0.00
OTROS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	58.00	132.00	2.28	0.00	0.00	27.00	15.00	0.00

EGRESOS SEGUN MOTIVO							
CURACIÓN	MEJORIA	VOLUNTARIO	PASE A OTRO HOSPITAL	DEFUNCIÓN	OTRO MOTIVO	N. E.	TOTAL
21.00	32.00	3.00	1.00	0.00	1.00	0.00	58.00

CORTA ESTANCIA

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS	
MATERNAS	RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL
0.00	0.00

CIRUGIAS			
PERSONAS ATENDIDAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OTRAS	TOTAL
2.00	0.00	2.00	2.00

Nota 1: En las Defunciones Maternas se utiliza la Causa Básica con las siguientes claves: Todas las O's, A34X, B20 a B24 solo en embarazo,C58, D392, F531 Y M830.

Nota 2: En las Defunciones de Recien Nacidos se utiliza los siguientes criterios: Debe ser un parto o cesarea, haber nacido vivo y posteriormente ser dado de Alta, Muerto al egreso de la Madre.