

REPORTE GERENCIAL

TLSSA000722 HOSPITAL COMUNITARIO SAN BERNARDINO CONTLA

Sexo: TODOS

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

Derechohabiencia : SEGURO POPULAR

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
15.00	0.00	4.00	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.	AÑOS					AÑOS					
			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	0.00

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

INTERVENCIONES QUIRURGICAS	AÑOS					EDAD N.E.	TOTAL
	MENOR DE 20	DE 20 A 39	40 Y MAS				
VASECTOMIA TRADICIONAL	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00
VASECTOMIA SIN BISTURI	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00
OCLUSION TUBARIA	0.00	10.00	0.00			0.00	10.00

ACEPTANTES DE MÉTODOS POSTEVENTO OBSTETRICO

INSERCIÓN DIU				OCLUSION TUBARIA BILATERAL				SOLO HORMONAL	IMPLANTE SUBDERMICO	OTRO	ADOLESCENTES ACEPTANTE
POSTPARTO	TRANSCESAREA	POSTABORTO	TOTAL	POSTPARTO	TRANSCESAREA	POSTABORTO	TOTAL				
9.00	1.00	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	4.00	7.00	1.75	0.00	0.00	3.00	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	39.00	69.00	1.77	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	56.00	131.00	2.34	0.00	0.00	26.00	15.00	0.00

EGRESOS SEGUN MOTIVO							
CURACIÓN	MEJORIA	VOLUNTARIO	PASE A OTRO HOSPITAL	DEFUNCIÓN	OTRO MOTIVO	N. E.	TOTAL
19.00	33.00	2.00	1.00	0.00	1.00	0.00	56.00

CORTA ESTANCIA

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS	
MATERNAS	RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL
0.00	0.00

CIRUGIAS				
PERSONAS ATENDIDAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OTRAS	TOTAL	PARTOS ATENDIDOS
1.00	0.00	1.00	1.00	0.00

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.