

**CLIMA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN Y MORTALIDAD MATERNA**

INFORME DE AVANCE

Investigadores

**AMPARO RUEDA DE CHAPARRO
LILIANA BERMUDEZ CARVAJAL
FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ**

Coinvestigadores

**ADRIANA MARIA ARANGO MARTÍNEZ
ANGELA MARIA SEGURA CARDONA
EVELIN CRISTINA ARIAS BETANCUR
ALVARO QUINTERO POSADA**

**FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CES
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA**

**GRUPO
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LINEA
AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD**

MEDELLIN, MAYO DE 2013

**CLIMA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN Y MORTALIDAD MATERNA**

Investigadores

**AMPARO RUEDA DE CHAPARRO
LILIANA BERMUDEZ CARVAJAL
FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ**

Coinvestigadores

**ADRIANA MARIA ARANGO MARTÍNEZ
ANGELA MARIA SEGURA CARDONA
EVELIN CRISTINA ARIAS BETANCUR
ALVARO QUINTERO POSADA**

**FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CES
DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

MEDELLIN, MAYO DE 2013

TABLA DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	.5
ABSTRACT	...6
GLOSARIO DE TERMINOS	.. 7
LISTAS DE TABLAS	.A .A 12
OBJETIVO DE AVANCE	A 14
INTRODUCCION	A .14
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	A A A A A A A A A A A A A A A A .A A 15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	A A A A A A A A A A A A A A A A .A .15
1.2 JUSTIFICACIÓN	A ...A 17
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	A A A A A A A A A A A A A A A A .A .17
2. MARCO TEÓRICO	.A ..A 18
2.1 MARCO CONCEPTUAL	.A .19
2.2 MARCO LEGAL	A 23
3 OBJETIVOS	A ...27
3.1 OBJETIVO GENERAL	A 27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	A 27
4 METODOLOGÍA	A 28
4.1 TIPO DE ESTUDIO.	A .A A 28

4.2	POBLACIÓN	28
4.3	DISEÑO MUESTRAL	28
4.4	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	29
4.5	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
4.5.1	FUENTES DE INFORMACIÓN	29
4.5.3	PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
4.6	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	30
4.7	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	31
4.8	CONSIDERACIONES ETICAS	31

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMEN

Analizando el comportamiento a la acogida de uno de los objetivos del milenio ~~%~~Mejorar la Salud Materna+ como meta en la reducción de la mortalidad materna para el año 2015, se realizó seguimiento y control a este indicador como evidencia de desarrollo de un país y un trazador del desempeño de los procesos de atención en salud a las gestantes, cuyo resultado depende en buena parte de los procesos que se realizan para detectar e intervenir los riesgos a los que están expuestas desde el control prenatal hasta el puerperio, mediante la disponibilidad de atención obstétrica en un entorno que garantice una asistencia segura, en la cual todas la personas que intervienen en el proceso se sientan comprometidas en la misma dirección, de acuerdo a los esfuerzos que ha realizado El Hospital General de Medellín, para generar una cultura de clima de seguridad, teniendo como objetivo prevenir las complicaciones obstétricas y los potenciales eventos adversos.

El presente trabajo es un estudio descriptivo observacional retrospectivo del equipo de salud con respecto a la seguridad del paciente en la atención a las usuarias embarazadas en las fases de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato y su posible relación con la mortalidad materna evitable. El estudio se realizó con base en los casos de pacientes maternas fallecidas en los últimos tres (3) años cuya atención esté relacionada con la atención del preparto, parto y puerperio inmediato, y así mismo, se tomó en su totalidad la población activa de trabajadores del área administrativa y asistencial del servicio de cirugía y hospitalización de ginecobstetricia

Palabras Clave: Mortalidad materna, Clima de seguridad del paciente, Objetivo 5 del Milenio.

Abstract

Analyzing the behavior of the host of one of the Millennium Development Goals " Improve Maternal Health " as a goal in reducing maternal mortality by 2015 , were followed up and control this indicator as evidence of development of a country and a plotter performance of health care processes to pregnant women , whose outcome depends largely on the processes that are performed to detect and intervene the risks they are exposed from birth control to birth , through the availability of care obstetric in an environment that ensures safe care , in which all the people involved in the process feel engaged in the same direction , according to the efforts made by General Hospital of Medellin, to generate a culture of climate safety , aiming to prevent obstetric complications and potential adverse events. The present work is a retrospective observational descriptive study of the health team regarding patient safety in pregnant client care in the stages of labor, delivery and immediate postpartum and their possible relation to preventable maternal mortality. The study was conducted based on the cases of maternal patients died in the last three (3) years whose attention is related to antepartum care , delivery and immediate postpartum , and likewise , it took a whole workers workforce care and administrative area of the surgery and gynecology inpatient

Key words: Maternal mortality, Patient Safety Climate , Goal 5 of the Millennium.

GLOSARIO

Seguridad del paciente: Ausencia de lesiones o daños en el paciente producidos por causa de la atención en salud, la cual se supone debe ser beneficiosa, lograda a partir de un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

Clima de Seguridad: Ambiente de conciencia y cuidado frente a la seguridad del paciente caracterizado por la presencia de factores como acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades/servicios, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación del personal, apoyo de la administración hospitalaria en la seguridad del paciente, no compromiso de la seguridad por el ritmo de trabajo, aprendizaje organizacional/mejora continua, ausencia de problemas de seguridad consecuencia de los cambios de turno/transición entre servicios/rotaciones, notificación del número de incidentes y de la frecuencia de eventos, aspectos que deben ser fomentados y motivados en la organización así como evaluados periódicamente con el fin de mejorar su desarrollo.

Conducta: Acto del ser humano que incluye pensamiento, movimientos físicos, expresión oral y facial, así como respuestas emocionales, realizado como reacción ante el estímulo y regido por los principios de causalidad, motivación y finalidad

Comportamiento: Es el resultado de una conducta, moldeada y modelada por el aprendizaje, bueno o malo que repercute en su forma de actuar y da origen al carácter

Habito: Es una reacción adquirida (no innata) y relativamente invariable que se construye con el tiempo y resulta de comportamientos repetidos regularmente

Actitud: Postura del cuerpo humano, disposición de ánimo manifestada exteriormente.

Cultura: Conjunto de principios, valores, creencias, actitudes, hábitos y comportamientos de las personas que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra; determina, regula y moldea la conducta humana que expresa un grupo social en un momento determinado y puede cambiar porque está directamente afectada por las características de las personas de cada grupo social, el espacio y el tiempo.

Cultura de Seguridad en una Organización: Es un patrón o modelo de conducta integrado por comportamientos individuales y organizacionales, basado en creencias y valores compartidos con un compromiso de la gestión de la seguridad que continuamente busca minimizar el daño al paciente que pueda resultar de los procesos de atención en salud.

Katri y colaboradores afirman que desde una perspectiva organizacional, solo se puede definir como la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia.

Cultura Justa de Seguridad: Modelo de cultura en la cual existen condiciones favorables para mejorar la seguridad del paciente porque los errores no se personalizan, existe un dialogo abierto que permite el análisis de los procesos, la corrección de las fallas de los sistemas y se construye con el fin de facilitar prácticas más seguras

Encuesta de Clima de Seguridad: Instrumento que permite medir las áreas de interés que afectan el clima de seguridad del paciente, con el fin de

identificar sus fortalezas y debilidades y priorizar los aspectos en que se debe trabajar con más énfasis para diseñar estrategias de mejora de tal forma que se refuercen aquellos dominios en los que la evaluación es baja, sin descuidar aquellos en los que la misma ha sido alta.

Defunción Materna: Según la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE - 10), la OMS define la Defunción Materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Permite la identificación de las defunciones maternas en función de sus causas tanto directas como indirectas.

Defunciones Obstétricas Directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones Obstétricas Indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo: Según el CIE 10 es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

Defunción materna tardía: Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Razón de Mortalidad Materna (RMM): Es el número de defunciones maternas en una población durante un periodo de tiempo dado por cada 100.000 nacidos vivos en el mismo periodo. Representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos.

Tasa de Mortalidad Materna (TMM): Se define como el número de defunciones maternas en una población en un periodo de tiempo dado por cada 100.000 mujeres en edad fecunda en el mismo periodo. Refleja no solo el riesgo de defunción materna no solo por embarazo o por el alumbramiento (nacido vivo o mortinato) sino también el grado de fertilidad en la población.

Riesgo: Probabilidad de que ocurra un incidente o un evento adverso durante cualquiera de los procesos asistenciales

Evento adverso prevenible: Lesiones o daños involuntarios que se presentan en el paciente durante la atención en salud, derivadas del proceso asistencial, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial en un momento determinado

Evento adverso centinela: Evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente, o la muerte y que requiere intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia. Tiene un alto componente de evitabilidad

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial

Complicación: Resultado clínico adverso que ocurre secundario a la enfermedad de base o a las condiciones propias del paciente

Incidente: Evento generado en cualquier momento del proceso asistencial, por una acción insegura que no llegó a producir daño al paciente pero que podrían haberlo producido con consecuencias graves

Acción insegura: Fallas que ocurren durante el proceso de atención (Fallas activas) consecuencia de errores por acción o por omisión, en los cuales incurren las personas que tienen a su cargo la atención del paciente, y que favorecen la ocurrencia de un incidente o un evento adverso evitable. Estas conductas tienen las siguientes y la desviación tiene el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. META NACIONAL (CONPES) OBJETIVO 5 DEL MILENIO EN COLOMBIA %MEJORAR LA SALUD MATERNA+

Tabla 2. ESTIMATIVO DE META DE REDUCCIÓN MORTALIDAD MATERNA 2011 Y 2015

Tabla 3. DESCRIPCION DE VARIABLES

Tabla 4. DIMENSIONES EVALUADAS PARA INDAGAR SOBRE EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 5. RESULTADOS GLOBALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 6. ENCUESTA

OBJETIVO DEL INFORME DE AVANCE

Presentar el avance de la investigación CLIMA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN Y MORTALIDAD MATERNA potencialmente evitable en el Hospital General de Medellín

INTRODUCCION

La mortalidad materna es un indicador del desarrollo de un país y un trazador del desempeño de los procesos de atención en salud a las gestantes, cuyo resultado depende en buena parte de los procesos que se realizan para detectar e intervenir los riesgos a los que están expuestas desde el control prenatal hasta el puerperio, mediante la disponibilidad de atención obstétrica en un entorno que garantice una asistencia segura para prevenir las complicaciones obstétricas y los potenciales eventos adversos.

Uno de los ocho objetivos del milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre de las Naciones Unidas celebrada en el año 2000 fue el objetivo 5 %Mejorar la Salud Materna+en el cual se estableció como meta reducir en tres cuartas partes la Razón de la Mortalidad Materna, en el periodo 1990 a 2015. Para Colombia significa alcanzar una meta en el 2015 de 45 muertes por 100.000 nacidos vivos y para Antioquia la disminución a 30 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Conscientes de que la atención en salud conlleva inevitablemente riesgos, la seguridad clínica entró a formar parte de los organismos internacionales relacionados con la organización de la actividad asistencial como una dimensión clave de la calidad asistencial en el embarazo, el parto y el puerperio, que resulta de un conjunto de valores actitudes, competencias y

actuaciones de todos los profesionales y del sistema de salud asociados a la atención.

En Colombia, aunque se han incorporado las recomendaciones de la OMS y OPS y se evidencia un incremento en la atención al parto en Instituciones de Salud y por personal calificado no se ha traducido en una reducción importante el comportamiento de la mortalidad materna. Según los datos del DANE de estadísticas vitales en 1998 la RMM era de 100 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y en 2010 bajó a 73. Sin embargo, el porcentaje de muertes maternas evitables con intervenciones fácilmente disponibles, seguía siendo alto en el 2011 y 2012, y, el retraso en la atención relacionado con la prestación de los servicios de salud y su calidad persistía como el factor contribuyente de mayor peso. Antioquia venía en un proceso de reducción pero en el año 2011 se incrementó la notificación.

Un área identificada como prioritaria para la investigación en los países en desarrollo o con economías en transición, es la atención materna y neonatal, y, la cultura de seguridad del paciente es la primera buena práctica que se debe investigar, con el propósito de minimizar las acciones inseguras que generan incidentes o eventos adversos en la atención materna. (14)

Es relevante el conocimiento sobre la percepción del clima de seguridad del paciente en el servicio de obstetricia y su posible relación con la mortalidad materna, para considerar si es necesario el diseño de actividades dirigidas al mejoramiento de factores específicos asociados al clima de seguridad que podrían estar afectando la calidad de la atención obstétrica y contribuyendo a impedir el logro de la meta establecida

En el presente estudio se pretende evaluar el proceso de atención materna articulado a la cultura de seguridad en el Hospital General de Medellín.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta los datos de mortalidad materna del año 1990, en la Cumbre del Milenio realizada en el año 2000 con presencia de los países miembros de la ONU, se declaró como uno de los ocho (8) objetivos del milenio, la reducción de la mortalidad materna en un 75% para el año 2015, y se determinó la atención del parto por proveedores calificados en el 80% de los nacimientos como uno de los indicadores más relevantes para evaluar el avance.

En Colombia, se estableció como meta reducir la mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos, incrementar el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles durante el embarazo a 90%, Incrementar la atención institucional del parto a 95% y la atención institucional del parto por personal calificado a 95%.

En el Departamento de Antioquia se fijó la meta de reducir la RMM a 30 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo a la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la SSSA, luego del impacto negativo de la pandemia por el virus AH1N1 en el 2009, avanzó en el proceso de reducción de la mortalidad materna disminuyendo de 50.1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2009 a 41.7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el 2010, una reducción del 16.7 (5) pero en el 2011, Antioquia fue uno de los departamentos que contribuyó al incremento de la mortalidad materna en Colombia. Aumentaron la notificación con respecto al 2011, Choco, Antioquia, Caldas, Caquetá, Córdoba, Boyacá, Meta, Tolima y el Distrito Capital, situación que podría incidir en el cumplimiento de los objetivos del Milenio. (3)

En algunos casos, las aseguradoras no garantizaron de manera oportuna el acceso a los servicios de mayor complejidad que requerían las pacientes; en otras instituciones fallaron las barreras de seguridad en la atención de la materna.

El Hospital General de Medellín, es una institución de tercer nivel de atención, acreditada, que presta el servicio de obstetricia a gestantes quienes llegan en forma espontánea o son remitidas para la atención del parto y/o el puerperio. Durante los últimos años, ha hecho esfuerzos por medir el clima de seguridad en forma global pero no se ha estudiado si existe la posibilidad que el clima de seguridad en el servicio de obstetricia, pudiera asociarse a la mortalidad materna potencialmente evitable, presentada en la IPS.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud (SOGC) y la Política de Seguridad del Paciente, ubican la seguridad del paciente en una posición prioritaria, que requiere liderazgo y gestión, promoviendo la participación y corresponsabilidad del paciente, de los profesionales de la salud y de las entidades administradoras de planes de beneficios en el uso responsable de los servicios y la provisión segura de los mismos para el logro de la excelencia. Estos componentes son los pilares fundamentales para que las organizaciones generen y fomenten la cultura de la seguridad, fundamental en la atención con enfoque de gestión del riesgo. Si ellos, es imposible generar un clima de seguridad del paciente lo cual incide en la ocurrencia de eventos adversos, siendo la mortalidad materna potencialmente evitable uno de ellos.

Es un reto para la salud pública disminuir la mortalidad materna. Sin embargo, el número de muertes maternas se ha incrementado en los últimos años en contraposición a los objetivos del milenio y este comportamiento hace

necesario identificar los factores que están contribuyendo a la dificultad para alcanzar la meta definida.

Al aplicar las herramientas de análisis de causalidad en la gestión de eventos adversos incluyendo las muertes maternas potencialmente evitables, se ha detectado que el comportamiento y las actitudes de los equipos de atención así como el ambiente en el que se presta el servicio, el contexto institucional, la organización y la gerencia que incorpora la cultura organizacional, constituyen elementos claves en la generación de acciones inseguras que llegan al usuario produciéndole daños o lesiones no intencionales. De otra parte, el informe publicado en el año 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, señaló la cultura de seguridad del paciente como una de las buenas practicas seguras que más influye en la calidad de la atención. (4) (5)

Para el Hospital General de Medellín, ha sido fundamental la construcción de una Cultura de Seguridad del Paciente en todo el personal que allí trabaje, mediante un proceso continuo y participativo que involucre tanto a la alta dirección como a la totalidad del talento humano y facilite la implementación de la Política y las Buenas Prácticas enfocadas a la Seguridad del Paciente.

Es atractivo para esta IPS, conocer cómo se percibe el clima de seguridad en el Servicio de Obstetricia, cuáles condiciones o factores están interfiriendo en la cultura de seguridad del paciente y si es posible detectar alguna asociación con la mortalidad materna analizada por la organización, bajo el contexto de una potencial evitabilidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El clima de seguridad en el servicio de obstetricia del Hospital General de Medellín tiene relación con la Mortalidad Materna potencialmente evitable?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Acciones priorizadas para reducir la razón de mortalidad materna

Lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, asegurar la existencia de servicios integrales de salud reproductiva, que incluyan la planificación familiar y la atención postaborto, incrementar la protección social en el área materna y neonatal, mejorar la calidad de atención prenatal, del parto y del puerperio, mejorar las competencias de los proveedores, a través de capacitación en los servicios, disminuir el aborto inseguro. incorporar los anticonceptivos en la lista de medicamentos esenciales, revisar las leyes sobre salud sexual y reproductiva, reducir la prevalencia de morbilidad materna severa, incorporar a las sociedades científicas en el esfuerzo para disminuir la morbilidad materna severa, mejorar los sistemas de información, aumentar el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP), desagregar los indicadores de acuerdo con las diversas poblaciones y grupos étnicos, fortalecer la participación comunitaria, desarrollar la capacidad de las comunidades para tener acceso a servicios de planificación familiar y atención a las mujeres, madres y recién nacidos, empoderar a las mujeres y apoyar el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su vida reproductiva, involucrando a sus familias y comunidades fueron acciones incorporadas por la OMS en la Iniciativa de maternidad segura.

A pesar de esta estrategia, la Razón de Mortalidad Materna a nivel mundial en 2010, en los países en desarrollo, fue de 450 por 100 000 nacidos vivos frente al 9 por 100.000 en las regiones desarrolladas. Un 80% de las muertes maternas fueron debidas a causas directas como las hemorragias, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido, y la mayoría podrían haberse evitado. Dentro del 20% de las causas indirectas estuvieron las enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por

él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (2)

Muchos factores son determinantes en la mortalidad materna y algunos de ellos están relacionados con factores como las condiciones de salud del paciente, que juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros, con elementos del paciente como su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, que pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. También pueden afectar la calidad de la atención, la forma en que se planean los cuidados y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio; factores del prestador (individuo) como su conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud física y/o mental, son condiciones que pueden contribuir a que se cometan errores.

Por otro lado, una adecuada coordinación y comunicación del equipo de trabajo son fundamentales en el logro de una atención en salud segura porque cada día ésta es más compleja y sofisticada y requiere la participación de más de un individuo en el cuidado del paciente. Así mismo, las decisiones y directrices organizacionales originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, que incluyen políticas relacionadas con el uso de personal temporal, la educación continua, el entrenamiento y supervisión, y la disponibilidad del equipo y los suministros afectan directamente a estos equipos de trabajo.

El ambiente físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son otros elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno con un contexto económico y normativo y de relaciones con Instituciones externas que no puede evitar.

Lograr el cumplimiento de este objetivo requiere un esfuerzo intenso, que impulse la implementación de intervenciones costo-efectivas basadas en la evidencia científica y de estrategias que minimicen o eliminen esos factores o causas que contribuyen a la presencia de acciones inseguras.

2.1.2 Cultura de seguridad

La Cultura de Seguridad del Paciente, representada por el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros, es una de las fuerzas más sólidas e importantes en una organización para disminuir la mortalidad materna. (8) (9).

Las organizaciones con una verdadera cultura de seguridad se caracterizan porque sitúan la seguridad del paciente como una prioridad institucional en su direccionamiento estratégico, formulan una política de seguridad para dirigir a sus miembros quienes comparten su importancia, la incorporan a sus normas y funcionamiento, definen objetivos claros para su cumplimiento así como estrategias, sistemas y actividades a realizar en el día a día orientadas a la seguridad. Así mismo, confían en la validez de las acciones preventivas y en el personal asistencial y/o administrativo se evidencia una confianza recíproca que les permite reconocer errores y comunicarlos para aprender de ellos y actuar para su rectificación. (6)

Se construye a través del aprendizaje continuo que inicia con la enseñanza sobre cómo llevar a cabo el cambio requerido, la delegación de actividades con la responsabilidad requerida, el entrenamiento del talento humano con el fin de prepararlo para puedan empoderarse y hacer lo que se les encarga, la interacción continua para reforzar lo aprendido así como el seguimiento al cumplimiento del compromiso adquirido.

El desarrollo de esta cultura que genera beneficios a las instituciones de salud, se logra a través de una evaluación periódica y eficaz del riesgo, el diseño de sistemas para reparar las potenciales fallas de calidad y mejorar los controles que permiten su detección antes de que lleguen al usuario, un cambio de prácticas en la atención en salud encaminadas a una mayor prevención de los errores o acciones inseguras y por consiguiente a la disminución de incidentes asociados, la implementación de barreras de seguridad humanas, administrativas, tecnológicas, físicas dirigidas a reducir los eventos adversos evitables que producen daño físico o psicológico en el paciente, mejorando su seguridad y en consecuencia la gestión de recursos utilizados en la implementación de los procesos de atención y la reducción en los costos financieros y sociales provocados.

En el caso de presentarse errores, es primordial aprender de ellos, rediseñar los procesos e implementar los cambios, con el fin de que no se vuelvan a producir.

El informe publicado en 2003 por el Nacional Quality Fórum de Estados Unidos, señala que la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente es la primera de las «buenas prácticas» para mejorar la seguridad del paciente. Para llevar a cabo esta recomendación y obtener la información necesaria orientada a conocer, caracterizar y cuantificar los factores que la determinan, es necesaria la medición de la percepción del clima de seguridad en las Instituciones, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes para direccionar las acciones destinadas a promover este clima y evaluar el impacto del proceso. La herramienta a utilizar es la aplicación de la Encuesta de Clima de Seguridad+, que facilita la identificación de los aspectos que la organización debería mejorar y además monitorizar su evolución.

Colombia seleccionó el instrumento construido a través de un proceso riguroso por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, aplicada en más de 380 hospitales en Estados Unidos, validada como una herramienta efectiva, fiable, que tiene propiedades psicométricas confirmadas en la versión que se ha adaptado al español. El cuestionario proporciona una calificación global sobre el clima de seguridad percibido y un total de doce dimensiones sobre el mismo, dos de ellas en referencia al hospital en su conjunto y el resto centradas en la Unidad o Servicio en el que trabaja el que responde.

2.1.2.1 Cómo se transforma una cultura organizacional: El ritmo de una organización para la creación y consolidación de la Cultura, depende del impulso dado por varios elementos como los valores de los fundadores o socios, el estilo de dirección, la claridad de los principios organizacionales, la forma como desarrolla la estrategia o estrategias para diferenciarse y ser competitivo, los planes, programas y proyectos que concreta para hacerla realidad, la manera como comparte las políticas, el direccionamiento estratégico, los procesos organizacionales, el empoderamiento del personal, la orientación hacia el cliente, las practicas gerenciales para la toma de decisiones entre las cuales se incluyen comités de la alta dirección, grupos primarios, comités clínicos, sesiones de evaluación de la gestión, sistemas de monitoreo y seguimiento a la implementación.

Las personas tienen principios, creencias y modelos mentales. Por otra parte, la institución, a partir de una estructura apoyada en normas que se aplican y una orientación estratégica que parte de principios y valores que definen el modelo de conducta esperado en el personal y son su marco de referencia, debe lograr su incorporación en los trabajadores para lograr el cambio de actitud y demostrar el comportamiento deseado. Esto requiere un estilo de liderazgo de la alta dirección, comunicación y buenas prácticas de organización

y control con una estructura definida, procesos ágiles y flexibles e interacción entre los diferentes niveles.

De la interacción dada entre la institución y el personal que labora en ella, el despliegue de la planeación estratégica al cliente interno dirigida al conocimiento y comprensión de la misión, la visión, los objetivos, las metas así como las estrategias y los procesos para lograrlo, la delegación de responsabilidades y el seguimiento a su gestión con el propósito de que se comprometan en un proceso colectivo de construcción de una visión compartida, nace la cultura organizacional.

La forma como se maneja el riesgo, las competencias, el compromiso y sentido de pertenencia del talento humano, su satisfacción con la organización, con el respeto por su dignidad, su reconocimiento como ser humano, las oportunidades de desarrollo, el trabajo en equipo, la manera como la organización incentiva, evalúa, reconoce o sanciona a sus miembros, además de ser componentes del clima organizacional también representa elementos de su cultura. (15). De igual forma, la infraestructura de producción, el sistema de información entre los diferentes niveles y para el desarrollo de las actividades y las telecomunicaciones que se utilizan, también crean la cultura.

Se refleja en la manera como se hacen las cosas, se establecen las prioridades y se da importancia a las actividades de la institución e influye en la manera como los gerentes resuelven las estrategias planteadas. Si ésta coincide con las estrategias definidas, es una de las mayores fortalezas y se convierte en una ventaja competitiva que perdura en el tiempo

2.1.2.2 Cómo se aprende una cultura organizacional: Para que un miembro de la organización aprenda y viva a diario la cultura de su organización, debe conocerla a fondo. Este conocimiento se logra a través de las practicas sistemáticas que la empresa comparte en el lugar de trabajo, a través de

comunicaciones, ritos, ceremonias, celebraciones, reuniones, comités, juntas directivas ó grupos de trabajo, con cronogramas definidos y sentimientos comunes como la satisfacción en el trabajo, el compromiso, la lealtad y la seguridad laboral y por el paciente, los eventos especiales para reforzar los valores de la organización, la comunicación formal así como la informal cuidando siempre que los mensajes coincidan con los de la organización y el comportamiento de los gerentes, quienes tienen la responsabilidad de la creación, consolidación, liderazgo y solidez de la cultura de la empresa que dirigen. (15).

2.1.2.3 Impacto de la rotación del personal en la capacitación y el reporte de eventos adversos: Cuando existe una gran cantidad de pacientes que ingresan con patologías complejas y en su atención y cuidado participa personal médico y de enfermería sin experiencia o con alta rotación, y aún más si existe recarga laboral, turnos nocturnos con escaso personal, se puede ver limitada la calidad, eficiencia, oportunidad y seguridad de la atención intrahospitalaria. De igual forma, la capacitación del personal en instituciones donde existe alta rotación, condiciona un esfuerzo doble y no es efectiva.

Aspectos como éstos influyen en el deterioro de un gran número de pacientes durante su estancia hospitalaria, porque su condición clínica no es reconocida en forma oportuna y ante la ausencia de una respuesta resolutive rápida e integral pueden terminar en un evento adverso e inclusive centinela como el fallecimiento.

Esta situación ha afectado a países industrializados y con grandes avances tecnológicos y científicos como Estados Unidos donde 100.000 muertes anuales están relacionadas con este problema, que ha colocado al solo hecho de estar hospitalizado como la octava causa de muerte intrahospitalaria.

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1 Lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública

Para fomentar la Salud Materna y Reducir la Mortalidad Materna y Perinatal, Colombia estableció lineamientos y definió acciones estratégicas básicas con énfasis en el fomento de la maternidad segura, consideradas como pilares fundamentales en Salud Sexual y Reproductiva, para ser desarrolladas por los diferentes actores del SGSSS.

Centró el enfoque en el logro del acceso universal a la salud reproductiva mediante el desarrollo de tres grandes grupos de acciones: acceso a planificación familiar, acceso a atención de calidad para el embarazo, el parto y el puerperio y acceso a servicio de aborto seguro (2

En el año 2010, la Dirección de Salud Pública y el Grupo de promoción y Prevención, dada la evolución del comportamiento del indicador, identificó que en Colombia así como en muchos otros países en desarrollo, no iba a ser posible el cumplimiento de la meta establecida, redefinió su línea de base a partir de las cifras del año de 2004 y precisó que a 2015 esperaba reducir de 100 a 45 Muertes por 100.000 nacidos vivos, es decir un 55%, asignando metas específicas para cada uno de los departamentos, y haciendo un corte a 2011 para evaluar los resultados, como se evidencia en la Tabla 1. Estimativo de Meta de Reducción Mortalidad Materna 2011 y 2015. (16)

La meta asignada a Antioquia fue 48 en el 2011 y 30 en el 2015. Sin embargo, la Meta real debe ser 0 Muerte Materna Evitable, por tanto determinó que estas cifras podrían ser un 85 % menos, dado que el país cuenta con el conocimiento y la tecnología disponible para lograrlo.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 construido con participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de

la industria del sector, para "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas, definió la Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos como una de las dimensiones prioritarias que se deben intervenir, preservar o mejorar, mediante la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva, desde un enfoque de derechos, para garantizar el nivel más alto, diferenciado por la calidad y la humanización.

El objetivo de este componente, es desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención pre concepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

Dentro de las Metas para el año 2021, determinó que en el país, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales; además, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional y se disminuirá la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.

3. INFORME DE CUMPLIMIENTO

3.1 DE OBJETIVO GENERAL

1. Elaborar un diagnóstico situacional de la tendencia de la mortalidad materna en los últimos tres (3) años en el Hospital General de Medellín.

Se está elaborando sobre datos de los últimos tres años de muertes maternas ya definidas como evitables por el COVE del HGM.

Año 2011: 5

Año 2012: 5

Año 2013:2

3.2 DE OBJETIVOS ESPECIFICOS

2. Identificar las causas que generaron las muertes maternas en los últimos tres (3) años y analizar la potencial evitabilidad

Se está elaborando sobre datos de los tres últimos años de muertes maternas ya definidas como evitables por el COVE del HGM. Apenas se inició análisis de la información de Actas Clínicas de Análisis de Mortalidad Evitable en el COVE

3. Determinar la percepción de los empleados sobre el ambiente de seguridad en el Servicio de Obstetricia de la Institución mediante la aplicación del instrumento adaptado por el Ministerio de la Protección Social

Se realizó la aplicación de la encuesta a todos los 44 empleados del servicio de obstetricia; se tabuló. Pendiente el análisis de resultados.

4. Describir las posibles relaciones entre la percepción del ambiente de seguridad y las causas de mortalidad materna atribuibles a la institución

Pendiente

3.2. CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA

El cronograma pre establecido en el anteproyecto no se pudo cumplir debido a la dificultad para encontrar una IPS en la cual se pudiera llevar a cabo el estudio de investigación.

Inicialmente se propuso METROSALUD y en muchas ocasiones se asignó cita por parte de la gerencia para presentar el proyecto pero fueron canceladas por situaciones de ausencia de la titular por motivos laborales

Después de varios meses de espera incierta, se decidió presentar la propuesta ante al equipo de investigación del HGM previa aprobación de la gerencia y en Julio de 2013 como consta en el Acta de reunión se hizo el primer acercamiento y se concluyó la aprobación del proyecto y metodología en septiembre de 2013 después de revisiones y ajustes, previamente aprobados por la investigadora de la Universidad CES.

3.3 CUMPLIMIENTO DE METODOLOGIA

3.3.1 TIPO DE ESTUDIO

Continúa siendo un estudio descriptivo observacional retrospectivo del equipo de salud con respecto a la seguridad del paciente en la atención a las usuarias embarazadas en las fases de trabajo de preparto, parto y puerperio inmediato y su posible relación con la mortalidad materna evitable.

3.3.2 POBLACIÓN

La población de estudio no pudo ser como se había pensado inicialmente de las maternas fallecidas en los últimos cinco (5) años cuya atención estaba

relacionada con la atención del parto, parto y puerperio inmediato, porque sólo se pudo conseguir información de los últimos tres años.

Además, de acuerdo a la metodología establecida en la primera reunión con el equipo del Hospital General de Medellín (Coordinador de Investigación y la enfermera coinvestigadora del HGM) se limitó el estudio a los casos clínicos de de maternas cuya mortalidad se definió como potencialmente evitable, después del análisis realizado en el Comité de Vigilancia Epidemiológica del HGM, el cuál empezó a funcionar desde el año 2011.

El otro universo correspondió a personas del equipo de salud (Médicos especialistas ginecólogos y anesthesiólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Nutricionista, Terapeuta Respiratoria, Instrumentadora Quirúrgica) que al momento estén trabajando en el servicio de obstetricia de las áreas quirúrgicas y hospitalización del HGM y el Coordinador de Clínicas Quirúrgicas y Coordinadora de Enfermería que son los gestores de este servicio, que intervienen en la planeación, organización, dirección, coordinación y control de la atención, de acuerdo a las directrices de la alta dirección , quienes responderán la encuesta aplicada para conocer la percepción del clima de seguridad en la atención de las usuarias embarazadas, que se vivencia en obstetricia.

3.3.3 MUESTRA

No hubo muestra. La recolección de datos se hizo sobre todo el universo.

Doce (12) casos de pacientes maternas fallecidas durante el periodo 2011 a julio de 2013, que fueron atendidas en el HGM durante el parto, parto y puerperio inmediato, remitidas de otras instituciones o ingresadas en forma espontánea.

.

Así mismo, se tomó en su totalidad la población activa de trabajadores del área administrativa y asistencial de obstetricia que correspondió a 44 colaboradores..

3.3.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Se recopilaron los datos de las 12 maternas fallecidas, teniendo en cuenta las variables descritas en el Anexo 3. Tabla 3. Descripción de Variables. Algunos datos no pueden ser obtenidos porque no estaban descritos en las fuentes de información utilizadas-

Las preguntas del cuestionario para indagar sobre el clima de seguridad del paciente se agruparon en las 10 dimensiones, categorizadas que se representan en la Tabla 4. del Anexo 4.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo del equipo de salud con respecto a la seguridad del paciente en la atención a las usuarias embarazadas en las fases de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato y su posible relación con la mortalidad materna evitable.

4.2 POBLACIÓN

El estudio se realizó con base en los casos de pacientes maternas fallecidas en los últimos tres (3) años cuya atención esté relacionada con la atención del preparto, parto y puerperio inmediato.

Otro universo corresponde a personas del equipo de salud (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Nutricionista, Terapeuta Respiratoria, Instrumentadora Quirúrgica) que al momento están trabajando en el servicio de obstetricia de las áreas quirúrgicas y hospitalización del HGM y los que intervienen en la formulación de políticas, monitorización y gestión de recursos (Gerente, Subgerentes, Directores, Líderes y Coordinadores de Enfermería), quienes respondieron la encuesta aplicada para conocer la percepción del clima de seguridad en la atención de las usuarias embarazadas, que se vivencia en la Institución.

4.3 DISEÑO MUESTRAL

Teniendo en cuenta la población definida en el numeral 4.2, el universo lo conformaron todos los casos de pacientes maternas fallecidas en los últimos tres (3) años cuya atención está relacionada con la atención del preparto, parto y puerperio inmediato.

Así mismo, se tomó en su totalidad la población activa de trabajadores del área administrativa y asistencial definido en el numeral 4.2.

4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

En la revisión de los casos de las pacientes maternas fallecidas en el periodo objeto del estudio, cuya atención esté relacionada con la atención del preparto, parto y puerperio inmediato, se recopiló datos relacionados con las variables descritas en el Anexo 3. Tabla 3. Descripción de Variables.

Las preguntas del cuestionario para indagar sobre el clima de seguridad del paciente se agrupan en 10 dimensiones, que se categorizan y representan en la Tabla 4. del Anexo 4.

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.5.1 Fuentes de Información

Primaria:

Unidad de análisis: Funcionario del equipo de salud a quien se le va a aplicar la encuesta de clima de seguridad.

Secundaria:

Unidad de análisis:

- Informe de análisis de la mortalidad materna :
- Actas de altas y complicaciones
- Formato de Mortalidad Materna de la Secretaria de Salud
- Reportes de Entes Externos (NACER)

4.5.2 Instrumento de Recolección de Información Recolección de Información

Base de datos con información clínica

Se está elaborando una base de datos con información obtenida de los informes de: Análisis de las Actas de altas y complicaciones, organizando los datos y clasificándolos en grandes categorías relacionadas con la mortalidad materna, que hacen referencia a comportamientos, métodos, problemas presentados, calidad de la atención, causa clínica de la muerte, analizando cada párrafo, sin refutar o probar lo encontrado, analizando extrayendo aspectos significativos no solo del HGM como IPS receptora sino de la atención descrita de las instituciones remisoras cuando aplique..

En esta primera fase de la recolección y análisis de datos, se está elaborando una lista de rasgos extraídos a partir de los registros encontrados, los cuales serán agrupados en función de la semejanza de ciertas características pertinentes al objeto de investigación, seleccionadas por sus semejanzas permitiendo de esta forma la identificación de categoría, como:

- EPISODIO: Codificación de cada caso clínico evaluado
- EVITABILIDAD
- CAUSAS CLINICAS DE MUERTE
- CALIDAD DE LA ATENCION (Características mínimas del SOGC : Pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad) teniendo en cuenta que son analizadas en cada caso clínico por el COVE PROBLEMAS INSTITUCIONAL (De IPS remitora e IPS receptora HGM)
- CARACTERISTICAS DE LA ATENCION (Complejidad y Tipo de demora (1 Demora en tomar la decisión de buscar ayuda, 2. Demora en llegar a la institución de atención, 3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución)
- COMPORTAMIENTO DE IPS REMISORA
- PROBLEMAS INSTITUCIONALES DE IPS RECEPTORA (HGM)

Se inició recolección de la información por la revisión de la actas clínicas, de la siguiente manera: Leyendo en forma repetida cada párrafo, interpretando el contenido, separando los datos pertenecientes a las diferentes categorías y colocando en cada clasificación para posteriormente ser depuradas

Aún no se ha revisado el Formato de Mortalidad Materna de la Secretaria de Salud de Medellín ni los Reportes de Entes Externos (NACER), de las pacientes objeto del estudio

Base de datos encuesta de clima de seguridad del paciente:

Se elaboró una tabla de consolidación de las respuestas obtenidas en la aplicación de la encuesta por cada dimensión

Cada respuesta se evaluó con una escala que midió el grado de acuerdo, en cinco categorías (muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo) y, no sabe/no contesta.

Aún no se ha analizado

4.6 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

En la recolección de datos de los trabajadores, no se presentó sesgo de selección de muestra porque el cuestionario (encuesta) fué aplicado a toda la población activa de trabajadores del servicio de obstetricia objeto de la investigación.

Por otra parte, en la recopilación de los casos de muertes maternas evitables, no se presentó sesgo porque la revisión se está haciendo sobre los informes, de las actas de análisis de todas estas pacientes; está pendiente incluir ficha de mortalidad materna y de entes externos debidamente autorizados (NACER)

4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos aún no han sido procesados

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base en la Resolución 8430 de 1993, esta investigación es considerada sin riesgo, dado que el estudio empleó un método de investigación retrospectiva sobre Informe de análisis de la mortalidad materna, actas de altas y complicaciones, formato de Mortalidad Materna de la Secretaría de Salud y Reportes de Entes Externos (NACER) y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las maternas de los casos clínicos incluidos en estos documentos.

La otra unidad de análisis que es el funcionario del equipo de salud a quien se le aplicó la encuesta de clima de seguridad, tampoco implicó intervención o modificación alguna en los pacientes.

Además, se contó con la autorización de la Universidad como institución investigadora y del Comité de Investigación del Hospital General de Medellín, institución en donde se realizó la investigación.

ANEXOS

ANEXO 1. TABULACION DE ENCUESTAS

ANEXO 2. TABLA DE VARIABLES

ANEXO 3. TABLA DE CATEGORIZACION DE RASGOS EXTRAIDOS A PARTIR DE REGISTROS

ANEXO 4. DIMENSIONES EVALUADAS PARA INDAGAR SOBRE EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Talking points. Maternal mortality. The Lancet 2004; 363
2. OMS. Mortalidad Materna en el 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra
1. Circular Conjunta Externa número 005 de la Procuraduría general de la nación, Ministerio de salud y protección Social, Superintendencia Nacional de Salud e Instituto Nacional de Salud. 27 de Febrero 2012.
2. DSSA. [gov.co/documentos/4.CAPITULO ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD](http://www.gob.co/documentos/4.CAPITULO_ESTRUCTURA_DE_LA_MORTALIDAD)
3. <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
4. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. NQF, Washington 2003
5. The National Quality Forum: Safe Practices for Better Health Care. 2006 Update. NQF, Washington 2007
6. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Facilitator Guidance [Internet] [consultada 10/12/2009] disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
7. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010
8. Porto G. Disclosure of Medical Errors: Facts and Fallacies. American Society for Healthcare Risk Management. 2001
9. Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
10. Porto G. Safety By Design: Ten Lessons From Human Factors Research. Journal of Healthcare Risk Management. 2001:43-50.
11. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, Ministerio de Sanidad y Política Social España, Saturno Pedro J, 2009.

12. Organización Mundial de la Salud OMS. Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente
13. Serna Gómez Humberto con colaboración de Salazar Gómez José. Alineamiento y Ritmo Organizacional, un imperativo en la gestión empresarial del siglo XXI. Bogotá, 3 R Editores, 2007
14. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Control e Salud Pública 2010. Estimativo de Meta Reducción Mortalidad Materna
15. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Control e Salud Pública 2012.
16. Ministerio de la Protección Social. Protocolo de Londres, Modelo Organizacional de Análisis Causal de errores e incidentes. Herramientas para la seguridad del paciente.
17. Hospital General de Medellín Encuesta de Clima de Seguridad del Paciente Direccionamiento Estratégico Gestión Integral de Calidad. 2013
18. Fernández de Caraballo María Elvira. Seminario Teoría fundamentada y método comparativo continuo. 2008, Experiencias doctorales. ide.wordpress.com/2008/06/02/teoria-fundamentada-y-metodo-comparativo-continuo/

ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla 1. TABULACION DE ENCUESTAS

ANEXO 2.

Tabla 2. DESCRIPCION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN
Edad	Cuantitativa	Años
Nivel de escolaridad	Cualitativa	Sin escolaridad Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Estado civil	Cualitativa	Unión libre Soltera Casada
Procedencia	Cualitativa	Múltiples respuestas
Área de residencia	Cualitativa	Urbana Rural
Aseguramiento		Subsidiado Contributivo
Edad Gestacional	Cuantitativa	Semanas
Multiparidad	Cuantitativa	Número de hijos
Control prenatal previo	Cualitativa	SI NO
Comorbilidad	Cualitativa	Múltiples respuestas
Clasificación del Riesgo Obstétrico	Cualitativa	Alto riesgo obstétrico Bajo riesgo obstétrico
Remisión por Riesgo Obstétrico	Cualitativa	SI NO
Complicación	Cualitativa	SI NO Diagnostico
Evento adverso	Cualitativa	SI NO Tipo de Evento (verificar numeración)
Mortalidad evitable	Cuantitativo	SI NO
Causas de la Acción Insegura	Cualitativa	Por causa del ; Paciente Individuo Tarea y Tecnología Ambiente Físico Decisiones y directrices organizacionales (Organización y gerencia)

		Contexto económico y normativo
Fecha de la defunción	Cuantitativa	Día , mes , año

ANEXO 3. TABLA DE CATEGORIZACION DE RASGOS EXTRAIDOS A PARTIR DE REGISTROS

ANEXO 4

Tabla 4. DIMENSIONES EVALUADAS PARA INDAGAR SOBRE EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR/ GESTOR PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cualitativa (Nominal)	Comentarios favorables del supervisor con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes
		Aceptación de sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los paciente
		A mayor presión, el jefe quiere trabajo más rápido saltando pasos importantes del proceso	Cuando la presión se incrementa mi jefe quiere que trabajemos más rápido aun cuando esto requiera saltar pasos importantes
		No toma en cuenta los problemas de seguridad que se repiten	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez
MEJORAMIENTO CONTINUO DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Cualitativa (Nominal)	Acciones de mejoramiento en la seguridad del paciente	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
			seguridad del paciente
	Cualitativa (Nominal)	Cambios positivos en el análisis de los errores	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos
		Efectividad de los cambios para mejorar la seguridad del paciente	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos la efectividad
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS UNIDADES DE LA INSTITUCIÓN	Cualitativa (Nominal)	Apoyo mutuo	En esta área/servicio, la gente se apoya mutuamente
	Cualitativa (Nominal)	Trato respetuoso	En esta área/servicio, el personal se trata con respeto.
	Cualitativa (Nominal)	Trabajo en equipo	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo
APERTURA A LA COMUNICACIÓN.	Cualitativa (Nominal)	Comunicación sobre cambios realizados para mejorar	¿El área de calidad y planeación nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos?

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
	Cualitativa (Nominal)	Libertad para hablar si algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	¿El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente?
	Cualitativa (Nominal)	Información sobre fallas de la atención cometidas	¿.Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio?.
	Cualitativa (Nominal)	Libertad para cuestionar decisiones de quienes tienen mayor autoridad	¿El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad?
	Cualitativa (Nominal)	Discusión sobre forma de prevenir fallas en la atención	¿En esta área/servicio, discutimos formas de prevenir fallas en la atención en salud para que no se vuelvan a cometer?
	Cualitativa (Nominal)	Libertad para hacer preguntas cuando algo parece no estar correcto	¿El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto?
DEVOLUCIÓN Y COMUNICACIÓN ACERCA DEL ERROR	Cualitativa (nominal)	Cambios en el programa de seguridad del paciente con lo aprendido	¿El área de calidad y planeación nos informa sobre los cambios realizados

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
			basado en lo aprendido de los reportes de eventos?
		Información sobre fallas de atención en salud que se cometen en el área objeto de estudio	¿Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área o servicio?
		Discusión de formas de prevenir las fallas presentadas para que no vuelvan a ocurrir	¿En el área/servicio discutimos formas de prevenir fallas en la atención en salud para que no se vuelvan a cometer?
APOYO DE LA ADMINISTRACION HOSPITALARIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cualitativa (Nominal)	Ambiente laboral que promueve la seguridad	¿La gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente?
	Cualitativa (Nominal)	Prioridad de la seguridad en la institución	¿Las medidas que toma la gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria?
	Cualitativa (Nominal)	Interés de la dirección proactivo o reactivo con la seguridad del paciente	¿La gerencia de las Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
			después de que ocurre un evento adverso?
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS AREAS	Cualitativa (Nominal)	Coordinación de las áreas	¿Las áreas/servicios de esta institución no están bien coordinadas?
	Cualitativa (Nominal)	Cooperación entre las áreas	¿Hay buena cooperación entre las áreas/servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente?
	Cualitativa (Nominal)	Agrado de trabajar con personal de otras áreas	¿Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios en esta institución?
	Cualitativa (Nominal)	Trabajo en conjunto entre las áreas	Las áreas/servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes
CAMBIOS DE GUARDIA HOSPITALARIA Y ROTACIONES.	Cualitativa (Nominal)	Continuidad de la atención del paciente cuando se transfiere de un área a otra	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una área/servicio a otra

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
	Cualitativa (Nominal)	Información sobre el cuidado del paciente en los cambios de turno	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes
	Cualitativa (Nominal)	Problemas con el intercambio de información entre áreas	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas/servicios de esta institución
	Cualitativa (Nominal)	Problemas en los pacientes con los cambios de turno	Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ENCUESTADOS	Cuantitativa	Tiempo que lleva trabajando en la institución	Cuánto tiempo lleva Ud. Trabajando en la Institución
	Cuantitativa	Tiempo que lleva en el área en que trabaja	Cuánto tiempo lleva Ud. Trabajando en su actual servicio/área
	Cuantitativa	Horas a la semana en que trabaja	Cuántas horas trabaja Ud. a la semana en esta Institución
	Cualitativa (Nominal)	Cargo en la institución	Cuál es su cargo en esta Institución
	Cuantitativa	Años que lleva laborando en la actual profesión	Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión o cargo
	Cualitativa	Tipo de contrato	Qué tipo de

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN	PREGUNTA
	(Nominal)		contrato tiene
PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN QUE TENGA O NO CONTACTO CON LOS PACIENTES	Cualitativa (Nominal)	Interacción directa con el paciente	En su cargo tiene Ud. interacción directa o contacto con pacientes

ANEXO 5.

Tabla 5. RESULTADOS GLOBALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PERCEPCION GLOBAL DE SEGURIDAD	Cualitativa (nominal)	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.
--------------------------------	-----------------------	---

	Cualitativa (nominal)	El personal en esta área/servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.
	Cualitativa (nominal)	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.
	Cualitativa (nominal)	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.
	Cualitativa (nominal)	El personal siente que sus errores son usados en su contra.
	Cualitativa (nominal)	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos
	Cualitativa (nominal)	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.
	Cualitativa (nominal)	Cuando su área/servicio está realmente ocupada, otras le ayudan.
	Cualitativa (nominal)	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema.
	Cualitativa (nominal)	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.
	Cualitativa (nominal)	Frecuentemente, trabajamos en %situación de urgencia+ intentando hacer mucho, rápidamente.
	Cualitativa (nominal)	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.
	Cualitativa (nominal)	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen

		queden registrados en sus hojas de vida.
	Cualitativa (nominal)	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/servicio.
	Cualitativa (nominal)	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir.
GRADO GLOBAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cualitativa (nominal)	Asígnele a su servicio una valoración general en seguridad del paciente
FRECUENCIA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Cualitativa (Ordinal)	Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente que tan frecuentemente es reportado
	Cualitativa (Ordinal)	Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente que tan frecuentemente es reportado
	Cualitativa (Ordinal)	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente pero no lo hace que tan frecuentemente es reportado
NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS	Cuantitativa	No colocamos Casi Eventos sino solamente eventos adversos (por error) En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de casi eventos y eventos adversos ha reportado a su jefe/otras instancias, o ha reportado por escrito?

ANEXO 6.

ENCUESTA

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, casi eventos y eventos adversos que suceden en la Institución. Le tomará **10 a 15 minutos** completarla.

Sección A: Su Servicio/Área/Unidad de trabajo.

En esta evaluación, piense en su Servicio como el área de trabajo de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios.

¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en esta institución?

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- | | |
|--|---|
| a) Hospitalización (adultos y pediatría) | g) Servicio farmacéutico |
| b) Cirugía y Obstetricia | h) Laboratorio, Patología y Banco de Sangre |
| c) Urgencias | i) Imagenología |
| d) Unidades de cuidados intensivos | j) Servicios de apoyo (Alimentación, Lavandería, Mantenimiento) |
| e) Consulta Externa | k) Administrativo |
| f) Centro Integral de Rehabilitación | l) Otro, por favor, especifique |

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su Servicio/área de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En esta área/servicio, la gente se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.	1	2	3	4	5
4. En esta área/servicio, el personal se trata con respeto.	1	2	3	4	5
5. El personal en esta área/servicio trabaja	1	2	3	4	5

más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.					
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
8. El personal siente que sus errores son usados en su contra.	1	2	3	4	5
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	1	2	3	4	5
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.	1	2	3	4	5
11. Cuando su área/servicio está realmente ocupada, otras le ayudan.	1	2	3	4	5
12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema.	1	2	3	4	5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.	1	2	3	4	5
14. Frecuentemente, trabajamos en %situación de urgencia+ intentando hacer mucho, rápidamente.	1	2	3	4	5
15. La seguridad del	1	2	3	4	5

paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.	1	2	3	4	5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área/servicio.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir.	1	2	3	4	5

Sección B: Su Jefe.

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior o jefe inmediato o la persona de la que Usted depende directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN

Piense en su área/servicio de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5

3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.	1	2	3	4	5
4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	1	2	3	4	5

Sección C: Comunicación.

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su Servicio/área de trabajo?

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. El área de calidad y planeación nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.	1	2	3	4	5
2. El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	1	2	3	4	5
3. Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área/servicio.	1	2	3	4	5
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5

5. En esta área/servicio, discutimos formas de prevenir fallas en la atención en salud para que no se vuelvan a cometer.	1	2	3	4	5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	1	2	3	4	5

Sección D: Frecuencia de reporte de Casi eventos y eventos adversos. En su Servicio/área de trabajo, cuando las siguientes fallas en la atención de salud suceden, ¿con qué frecuencia son reportadas? Marque UNA SOLA OPCIÓN

Piense en su área/servicio de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
2. ¿Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5
3. ¿Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?	1	2	3	4	5

Sección E: Grado de seguridad del paciente.

Por favor, asígnele a su Servicio/área de trabajo una valoración general en seguridad del paciente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

a. Excelente b. Muy Bueno c. Aceptable d. Pobre e. Malo

Sección F: Su Hospital.

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su Institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su Hospital	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Gerencia de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
2. Las áreas/servicios de esta institución no están bien coordinadas entre sí.	1	2	3	4	5
3. La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área/servicio a otra.	1	2	3	4	5
4. Hay buena cooperación entre las áreas/servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente.	1	2	3	4	5
5. Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.	1	2	3	4	5
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas/servicios en	1	2	3	4	5

esta Institución.					
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas/servicios de esta Institución.	1	2	3	4	5
8. Las medidas que toma la Gerencia de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1	2	3	4	5
9. La Gerencia de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.	1	2	3	4	5
10. Las áreas/servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.	1	2	3	4	5
11. Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes.	1	2	3	4	5

Sección G: Número de casi eventos y eventos adversos reportados.

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de casi eventos y eventos adversos ha reportado a su jefe/otras instancias, o ha reportado por escrito? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- a) Ningún reporte
- b) De 1 a 2 reportes
- c) De 3 a 5 reportes
- d) De 6 a 10 reportes
- e) De 11 a 20 reportes
- f) 21 reportes o más

Sección H: Características de los encuestados.

Esta información ayudará en el análisis de los resultados de la evaluación. Marque UNA SOLA OPCIÓN para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la Institución?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) De 16 a 20 años
- f) De 21 y más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual Servicio/área?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) De 16 a 20 años
- f) De 21 y más

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta Institución?

- a) Menos de 20 horas a la semana
- b) De 20 a 39 horas a la semana
- c) De 40 a 59 horas a la semana
- d) De 60 a 79 horas a la semana
- e) De 80 a 99 horas a la semana
- f) De 100 a la semana ó más

4. ¿Cuál es su cargo en esta Institución? Marque LA OPCIÓN que mejor describa su posición laboral.

- a) Auxiliar de Enfermería
- b) Médico Especialista
- c) Auxiliar Administrativo
- d) Enfermero(a)
- e) Auxiliar Servicios Generales
- f) Operario Alimentación
- g) Auxiliar Área Salud (Farmacia y Laboratorio)
- h) Médico General
- i) Integrante del Comité Ampliado de Gerencia
- j) Profesional de la Salud (Bacterióloga, Nutricionista, Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratoria, Sicólogo)
- k) Operario Lavandería
- l) Guarda Seguridad
- m) Operario Mantenimiento
- n) Otro, por favor especifique:

5. ¿Qué tipo de contrato tiene? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- a) Vinculado
- b) Out Sourcing
- c) Independiente

6. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

- a) Sí
- b) No

7. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión o cargo?

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) De 16 a 20 años
- f) De 21 años o más

Sección I: Sus comentarios.

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes o del proceso para la gestión de los eventos adversos en la Institución.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

Documento traducido y adoptado del IHI ~~Institute for Healthcare Improvement~~ por el Centro de Gestión Hospitalaria. Con el objetivo de utilizar términos coherentes con el modelo de atención del HGM, se cambian las palabras Dirección por Gerencia, Cambio de turno por Entrega de turno e Incidente por Evento.



ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA

Paciente: KAREN MEJIA VASQUEZ CC - 1039453999 HC:
Edad: 22 años Fecha: 05/08/2011

Paciente que ingresa por sus propios medios

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

ESCENARIO:

PACIENTE NATURAL Y RESIDENTE EN MEDELLIN, SOLTERA, ESCOLARIDAD 4 GRADO, PRIMIGESTANTE CON 24 MAS CUATRO SEMANAS DE GESTACION, CON DIAGNOSTICO DE DIABETES PREGESTACIONAL INSULINO REQUIRIENTE, HIPOTIROIDISMO EN MANEJO CON LEVOTIROXINA Y ADEMAS UN ANTECEDENTE DUDOSO DE HIPERTENSION ARTERIAL . LA PACIENTE REFIERE QUE HACE 9 MESES LE DIAGNOSTICARON DIABETES TIPO I, HACE 9 MESES CONSULTO A URGENCIAS DE UNIDAD INTERMEDIA POR DOLOR ABDOMINAL Y VOMITO, FUE EVALUADA Y LE ENCONTRARON GLICEMIA DE 700, CON DIAGNOSTICO DE "COMA DIABETICO" FUE REMITIDA A LA CLINICA SOMER DONDE INGRESA A UCI POR COMA CETOACIDOTICO FUE EL 11 JULIO, PARECE QUE EL CUADRO QUE ORIGINO ESTE DIAGNOSTICO Y LA HOSPITALIZACION FUE UNA UROSEPSIS, "REFIERE QUE PRESENTO UNA INFECCION URINARIA MUY SEVERA", MANEJADA EN UCI POR VARIOS DIAS (MAS O MENOS 2 MESES, CON DOS INGRESOS A UCI LA SEGUNDA POR UN DERRAME PLEURAL IZQUIERDO, NECESITO TUBO A TORAX) SALE COMPENSADA CON MANEJO: 30 UNIDADES DE NPH DIARIAMENTE, MANEJO CON HIPOTENSORES POR HTA, MANEJO LEVOTIROXINA PARA HIPOTIROIDISMO. EN OCTUBRE DEL 2010 PRESENTO CUADRO COMPATIBLE NUEVAMENTE CON UROSEPSIS CON HIPOTENSION SEVERA, MANEJADA EN LA MARIA, SE INICIO ANTIBIOTICO Y SE MANEJO EN LA MARIA EN UCI, SALIO CON INSULINA NUEVAMENTE Y CON DIAGNOSTICO DE DIABETES TIPO I. DE ESTA HOSPITALIZACION LE RETIRARON EL MEDICAMENTO PARA LA PRESION ARTERIAL. CONTINUO CON MANEJO PARA LA TIROIDES. LE EXPLICARON QUE NO DEBIA EMBARAZARSE, PERO ELLA "PENSO YA MUY TARDE QUE NO DEBIA QUEDAR EN EMBARAZO", CUANDO CONSULTO PARA INGRESO A PLANIFICACION FAMILIAR YA ESTABA EN EMBARAZO. NO TIENE ANTECEDENTES PREVIOS DE INFECCIONES O CUADROS VIRALES. PREVIAMENTE NO TENIA NINGUN ANTECEDENTE PERSONAL DE IMPORTANCIA. HAY HISTORIA FAMILIAR DE DIABETES, (MAMA Y VARIOS TIOS), HIPERTENSION, INGRESA A CONTROL PRENATAL CON 49.5 KG, CON FUM DEL 7 NOVIEMBRE DEL 2010 , PARA FPP 14 DE AGOSTO DEL 2011, SE HIZO ESQUEMA DE VACUNACION, NO FUMA, NO BEBE, SEROLOGIA NEGATIVA DEBAJO DE LA SEMANA 20, VIH SOLICITADO 7 DE ENERO NEGATIVO , HEPATITIS B NEGATIVO. HB 11, 1 INICIO DE CONTROL PRENATAL A LAS 8 SMENAS, NO HAY REPORTE DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA TIENE TRATAMIENTO DEL 11 DE FEBRERO PARA INFECCION URINARIA E COLI TTO CON NITROFURANTOINA PRESIONES ARTERIALES 110 /70 EN SU PRESION MAXIMA EN SUS CONTROLES PRENATALES. ALTURA UTERINA ACORDE CON LAS EDADES GESTACIONALES ECOGRAFIA GESTACIONAL DEL 31 DE MARZO 744 GM P25 PLACENTA FUNDICA, CON 20 MAS 6 SEMANAS AHORA CON SÍNTOMAS: MAREO Y DESALIENTO LUEGO DE APLICACION DE LA DOSIS DE INSULINA (EN EL MOMENTO CON 15 UNIDADES DE NPH DIARIAS, LE CAMBIARON EL ESQUEMA POR HIPOGLICEMIA DESDE ALTA EN LA MARIA) ADEMAS CUANDO HACE EJERCICIO Y CAMINA LE PRODUCE DOLOR PRECORDIAL IRRADIADO A MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO H 7 NOVIEMBRE HOY 25 SEMANAS MAS 4, DESDE QUE SALIO DE UCI SE COLOCA INSULINA 16 UNIDADES DE NPH.

AL EXAMEN FÍSICO:

Estado de Ingreso: Vivo, Temperatura: 36,0 °C Peso: 55,000 Kg

Per. Cef.: No Practicado. Presión Arterial: 150 / 90 mm Hg

Talla: No Practicado Per. Abd.: No Practicado.

Frec. Cardíaca: 92 x min. IMC: No Practicado SC (m2): 1,57;

Frec. Respiratoria: 16 x min

Sat con O2: No Practicado Sat sin O2: No Practicado

Cuello: NO SOPLOS CAROTIDEOS TIROIDES LEVEMENTE AUMENTADA



**ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA**

PACIENTE: ANA MARIA OSORIO RESTREPO

CC - 1027882724 HC:

EDAD: 22 AÑOS

FECHA: 19/08/2011

PACIENTE QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS REMITIDA DE LA CLÍNICA DEL PRADO. EL 20.06.2011

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

20.06.2011; 18:28

PACIENTE FEMENINA 22 AÑOS, PRIMIGESTANTE O+

1. EMBARAZO DE 35+3 SEMANAS

2. ECLAMPSIA VS ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR?

3. ABRUPCIO DE PLACENTA?

PACIENTE AFASICA, HACE SEÑAS QUE SE SIENTE BIEN.

OBJETIVO : PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFASICA, NO HABLA, HIDRATADA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. CONJUNTIVAS PALIDAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, FONDO DE OJO NO SE OBSERVA PAPILEDEMA, MUCOSA ORAL HUMEDA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS.

ABDOMEN UTERO GRAVIDO, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, FETOCARDIA 145, TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR, PERMEABLE A UN DEDO DE 3 CM DE LONGITUD, SE OBSERVA SANGRADO VAGINAL EN MODERADA CANTIDAD ROJO RUTILANTE, NO FETIDO.

EXTREMIDADES SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS

NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, HACE CONTACTO VISUAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, SE OBSERVA DESVIACION DE COMISURA LABIAL HACIA LA DERECHA, HEMIPARESIA EN HEMICUERPO DERECHO, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS AUMENTADOS +++/++++ ROTULIANOS Y BICIPITAL BILATERAL.

ANÁLISIS : PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES QUIEN SE SOSPECHA ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR VS ECLAMPSIA, SE ORDENA TAC DE CRANEO SIMPLE, SE ESPERAN RESULTADOS DE PARACLINICOS PARA DEFINIR POSIBLE TERMINACION DEL EMBARAZO.

SE HABLA CON EL DR DOMINGO JIMENEZ (UCI) QUIEN DICE DISPONER DE CAMAS EN ESTA UNIDAD. CONTINUA CON MONITOREO CONTINUO.

PLAN : PENDIENTE RESULTADOS DE PARACLINICOS Y TAC DE CRANEO

CONTINUAR CON MONITOREO CONTINUO.

20.06.2011; 19:34

. TRATAMIENTO:

SULFATO DE MAGNESIO A 110 CC/HORA.

PARACLINICOS: FIBRINOGENO 430, TP 15.2, TPT 31.2: LDH 1831; GLICEMIA 71; PLAQUETAS 73000; AST 429; CREATININA 0.6; HEMOGLOBINA 12.5; HTO 35; LEUCOCITOS 13760; NEUTROFILOS 80; GASES ARTERIALES; PH 7.44

PCO2 24; BICARBONATO 16.3; PO2 156; ACIDO URICO 6.4

OBJETIVO : PACIENTE EN MALAS CONDICIONES, PACIENTE ALERTA, HACE CONTACTO VISUAL, PUPILAS ISOCORICAS, PRESION ARTERIAL 159/111, PULSO 109, MUCOSAS HIDRATADAS AL LIMITE.

CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN GRAVIDO, ACTIVIDAD UTERINA 3 EN 10 MINUTOS DE 40 SEGUNDOS, FETOCARDIA 140.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p align="center">ACTA UNIDAD DE ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA</p>
<p>Paciente: DIANA CRISTINA HERRERA MEJIA</p>	<p>CC - 43567432 HC: 230064</p>
<p>Edad: 38 años</p>	<p>Fecha: Enero 14 del 2011</p>
<p>Paciente que ingresa por sus propios medios</p>	
<p><u>Escenario:</u> 38 años, primigestante, 0 rh positiva, amenorrea desconocida, por ecografía 34 semanas de gestación, la noche anterior presenta vomito persistente, a las 5 de la mañana la encuentran pálida en la cama hablando incoherencias, ingresa al servicio sin presión, fría, con oximetría de 80 % recupera con oxigeno por cámara de reinhalación, no se ausculta fetocardia, tono uterino normal, piel marmorea y fría. se auscultan crépitos basales en hemitorax izquierdo, tacto vaginal cuello posterior, cerrado 2 de longitud, no hay salida de liquido por vagina, tono uterino normal, se pasa de inmediato a área de recuperación, se solicita la atención de médico intensivista y anestesiólogo quienes ordenan pasar a quirófano para canalizar vía central. se sospecha choque séptico. AP: paciente a quien en 2005 se le diagnosticó Linfoma No Hodking, ya con tratamiento de quimioterapia, y con una posible cardiotoxicidad por esta, reportada en historia clínica antigua.</p>	
<p><u>Oportunidad en el atención:</u> Varios ingresos a urgencia durante el mes de diciembre (no hay dato de a donde consultó) por vómitos, nauseas, dolor epigástrico e hipogástrico, en la ultima consulta dificultad respiratoria, sin fiebre, no sangrados aparente, pero si presente hoy en la mañana, refieren tumor de pulmón esperando tratamiento+ hasta después del embarazo, el monitoreo del día 31 de diciembre es normal. adicionalmente refiere crisis de pánico y tratamiento con fluoxetina. Se desconoce datos del control prenatal</p>	



ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA

Paciente: YENY MARIA VANEGAS TORRES

CC - 22117323 EPISODIO: 303058

Edad: 38 años

Fecha: 25/06/2011

Paciente que ingresa por sus propios medios

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

ESCENARIO:

Remitida de Coomeva, Residente en Sopetrán, remitida de santa fe de Antioquia, unión libre, grupo sanguíneo B+. Controles prenatales número 5, multigestante, G: 4. C: 2. Ectópico 1 manejada quirúrgicamente. A la fecha con embarazo de 27 + 4 semanas, amenorrea confiable.

Signos Vitales de Ingreso:

Temperatura: 36,0 °C Peso: No Practicado Per. Cef.: No Practicado. Presión Arterial: 197 / 127 mm Hg Talla: 1,600 mtrs Per. Abd.: No Practicado, Frec. Cardiaca: 80 x min IMC: No Practicado SC (m2): No Practicado, Frec. Respiratoria: 17 x min Sat con O2: No Practicado Sat sin O2: No Practicado.

Examen Físico: Estado de Conciencia: Alerta,
Estado Respiratorio: Normal.
Estado de Hidratación: Bien Hidratado.
Estado General: Regular.

Hallazgos: Cabeza: Implantación pilosa normal
Cara: normal.
ORL: congestión ocular, edema facial, mucosa húmedas

Tórax y mamas: tórax y mamas: pulmones se ausculta crépitos escasos base pulmonar izquierda no signos de consolidación pulmonar, broncofonía normal, no soplo tubárico rscrs no soplos.

Abdomen: ruidos intestinales positivos, blando, depresible, con dolor a la palpación profunda y superficial en hipocondrio derecho, no posible por dolor palpar hepatomegalia, Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal, altura uterina 26 cms, pániculo adiposo aumentado, edema de pared abdominal, fetocardia 140, no actividad uterina, puño percusión renal negativa, cicatriz mediana por 2 cesáreas y un ectópico.

Genitourinario: genitales externos normales tacto vaginal cuello largo posterior duro cerrado de 3 cms, no pérdidas vaginales, se cambia sonda vesical orina 400 cc clara.

Extremidades: edemas grado II hasta tercio proximal pierna, rot ++/++ pulsos simétricos, perfusión distal adecuada.

Neurológico: consciente, alerta, orientado en las tres esferas, juicio y raciocinio conservado, pares Craneanos normales, no déficit motor ni sensitivo, reflejos osteotendinosos normales, no déficit en equilibrio y marcha, no reflejos patológicos, ni signos meníngeos.

Examen Físico Obstétrico: Semanas de Amenorrea Semanas: 27 Días: 0.

Altura Uterina: 26 Presentación: Indeterminado F.C.F (Lat/Min): 140.

Movimiento Fetal: Positivo Edema: Grado II

Análisis y Conducta: Se hospitaliza, se ordenan paraclínicos, consentimiento informado, se explica al familiar y a la paciente la situación.

EVOLUCIONES MÉDICAS

17/06/2011. 22:23

Preeclampsia severa por premonitorios, cifras tensionales, descartar, síndrome de hellp (ascenso de transaminasas en remisión, ldh), sospecha de compromiso pulmonar edema pulmonar secundario, Regulares condiciones, afebril, edema facial, congestión ocular, presión arterial 162/95 mmhg pam 121



ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA

Paciente: JOVANA ANDREA CANO PRESIGA TI - 93080229192 HC: 354369
Edad: 18 años Fecha: 07/10/2011

Motivo de Consulta: REMITADA CHOQUE HIPOVOLEMICO HISTERECTOMIA PERIPARTO

Causa Externa: Enfermedad General

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Enfermedad Actual : paciente remitida del hospital de ciudad Bolívar traída por médica general parto vaginal hoy 12 del día de hospital de Betulia con inversión uterina remiten a hospital Ciudad Bolívar donde realizan Histerectomía abdominal a las 14:00 reaniman con líquidos y transfunden 5 unidades de glóbulos rojos trae exámenes hemoglobina 9.5 plaquetas 57000 llega intubada con Ambú, traía Dopamina y Hartmann en muy malas condiciones generales no marca presión arterial con pupilas midriáticas no reactivas, cianosis distal, ingresa anestesiólogo de turno quien fija tubo orotraqueal, se conecta a ventilador, mal pronóstico posible isquemia cerebral se comenta en UCI en el momento no disponibilidad de camas, queda pendiente valoración por UCI.

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales:	NEGATIVO
Cabeza:	NEGATIVO
Órganos de los sentidos:	NEGATIVO
Garganta:	NEGATIVO
Cuello:	NEGATIVO
Cardiorrespiratorio:	NEGATIVO
Mamas:	NEGATIVO
Gastrointestinal:	NEGATIVO
Genitourinario:	NEGATIVO
Gineco-Obstétrico:	NEGATIVO
Venéreo:	NEGATIVO
Endocrino:	NEGATIVO
Locomotor:	NEGATIVO
Neuromuscular:	NEGATIVO
Neurosiquiátrico:	NEGATIVO
Piel y anexos:	NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso: Vivo		
Temperatura: 36,0 °C	Peso: No Practicado	Per. Cef.: No Practicado
Presión Arterial: 20 / 20 mm Hg	Talla: No Practicado	Per. Abd: No Practicado
Frec. Cardíaca: 110 x min	IMC: No Practicado	SC (m2): No Practicado
Frec. Respiratoria: 18 x min	Sat con O2: No Practicado	Sat sin O2: 69,00

Examen Físico

Estado de Conciencia: Coma
Estado Respiratorio: No aplica
Estado de Hidratación: No aplica
Estado General: Malo

Hallazgos

Cabeza: NORMAL



**ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA**

PACIENTE: AMPARO DEL SOCORRO MURILLO CASTAÑO

CC - 1039048091HC:

EDAD: 26 AÑOS

FECHA: 27/06/2012

27.06.2012:

Motivo de Consulta : REMITIDA POR SEPSIS PUERPERAL

Causa Externa : Enfermedad General

Finalidad de la Consulta : No Aplica

Enfermedad Actual : PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS, SECUNDIPARA 1 HIJOS, POSPARTO PVE DEL 23/06/2012, ATENDIDO EN HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO A DONDE ES REMITIDA POR SINDROME HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO. PARTO VERTICE ESPONTANEO AL PARECER SIN COMPLICACIONES. HOY ES TRAIDA POR FAMILIARES A HOSPITAL LOCAL POR MALESTAR GENERAL FIEBRE SUBJETIVA DOLOR ABDOMINAL Y SANGRADO DE MAL OLOR INGRESA SOMNOLIENTA EN MALAS CONDICIONES GENERALES POR LO CUAL REMITEN SIN COMENTAR. PACIENTE QUE AL INGRESO AL HOSPITAL GENERAL SE ENCUENTRA ESTUPOROSA, EN MALAS CONDICIONES GENERALES, PUPILAS MIDRIATICAS, CON MASCARA LARINGEA, RESPIRACION RUIDOSA ESPONTANEA CON RESTOS SANGUINOLETNOS, PACIENTE QUE ENTRA EN PARO CARDIORESPIRATORIO EVIDENCIADO POR LO CUAL SE ACTIVA CODIGO AZUL Y SE INICIAN MANIOBRA DE REANIMACION.

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales : NEGATIVO

Cabeza : NEGATIVO

Órganos de los sentidos : NEGATIVO

Garganta : NEGATIVO

Cuello : NEGATIVO

Cardiorrespiratorio : NEGATIVO

Mamas : NEGATIVO

Gastrointestinal : NEGATIVO

Genitourinario : NEGATIVO

Gineco-Obstétrico : NEGATIVO

Venéreo : NEGATIVO

Endocrino : NEGATIVO

Locomotor : NEGATIVO

Neuromuscular : NEGATIVO

Neurosiquiatrico : NEGATIVO

Piel y anexos : NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso : Vivo

Temperatura : 36,7 °C Peso : 65,000 Kg Per. Cef. : No Practicado
Presión Arterial : 75 / 40 mm Hg Talla : 1,500 mtrs Per. Abd. : No Practicado
Frec. Cardiaca : 128 x min IMC : 28,89 SC (m2) : 1,72
Frec. Respiratoria : 10 x min Sat con O2 : No Practicado Sat sin O2 : No Practicado

Examen Físico

Estado de Conciencia : Estuporoso
Estado Respiratorio : Signos de dificultad Respiratoria Severo
Estado de Hidratación : Deshidratación Grado IV
Estado General: Malo

Hallazgos

Cabeza : PUPILAS MIDRIATICAS, NO RESPONDE A ESTIMULOS EXTERNOS
Cara : ABOTAGADA
ORL : CON MASCARA LARINGEA NO CONEXION A OXIGENO SUPLEMENTARIO.
Cuello : NORMAL
Tórax y Mamas : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, TAQUICARDICOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO CON ESTERTORES DIFUSOS.
Abdomen : ABDOMEN DISTENDIDO, CON PIEL MARMOREA.,
Genitourinario : SANGRADO VAFINAL ABUNDANTE, FETIDO AL TACTO VAGINAL, CUELLO ABIERTO
Extremidad : NO PULSOS DISTALES
Neurológico : ESTUPOROSA
Otros Hallazgos : PIEL PALIDA, MARMOREA.

Análisis y Conducta

PACIENTE DE 26 AÑOS 4 DIAS POSPARTO CON SEPSIS PUERPERAL, MARCADA DISTENCION ABDOMINAL Y SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE FETIDO. ENTRA EN PARO CARDIORESPIRATORIO SE REALIZA RESUCITACION EXITOSA Y SE PROGRAMA PARA HISTERECTOMIA EMERGENTE.

Diagnósticos de Ingreso

27.06.2012 16:30
O85X SEPSIS PUERPERAL

Otros Diagnósticos

27.06.2012 18:19
O711 RUPTURA DEL UTERO DURANTE EL TRABAJO DEPARTO

Evoluciones Médicas

* 27.06.2012 18:07 JIMENEZ CALAD, JUAN CARLOS

Tipo : Evolución **Relevante Epicrisis** : No

Subjetivo : NOTA OPERATORIA

Objetivo : ICINCISION MEDIANA EN PIEL, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD, VISUALIZACION DE HALLAZGOS. TOMA, CORTE Y LIGADURA BILATERAL Y SUCESIVA DE LIGAMENTOS REDONDOS, UTEROOVARICOS, LIGAMENTO ANCHO, UTERINAS Y PARAMETRIOS CON VICRYL 0, SE HACE EXCERESIS DEL UTERO HACIENDO TOMA CON PINZA A NIVEL DE LA RUPTURA UTERINA DESCRITA, CIERRE DE CUPULA PARCIAL CON VICRYL 0, LAVADO CON

CRISTALOIDES TIBIOS 2000 CC. EN ESTE MOMENTO INFORMAN QUE LA PACIENTE TIENE PH DE 6.8 Y SATURACION DE 30 % (INCOMPATIBLE CON LA VIDA), POR LO QUE SE DECIDE NO DEJAR VACCUM PACK NI TUBO EN T A NIVEL DE CUPULA COMO SE HABIA PLANEADO INTRAOPERATORIAMENTE. SE CIERRA FASCIA CON VICRYL 0, CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3-0. CONTEO DE GASAS Y MATERIAL CORTOPUNZANTE COMPLETO.

Análisis:

ANESTESIA: GENERAL

Plan: PACIENTE QUE FALLECE DURANTE EL ACTO QUIRURGICO.
SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION

* 27.06.2012 18:24

Tipo : Evolución **Relevante Epicrisis :** No

Subjetivo : CERTIFICADO DE DEFUNCION

Objetivo : 70518066 - 2

Análisis : SE DEJÓ EL DIAGNÓSTICO DE RUPTURA UTERINA, QUE ES UN HALLAZGO CONCRETO, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, COMO IMPRESION DIAGNÓSTICA ES PORQUE OBTIENIENDO NO NOS QUEDA CLARO EL MOMENTO EXACTO DE LA RUPTURA

Plan :

Diagnósticos de Egreso

27.06.2012 16:30

O85X SEPSIS PUERPERAL

27.06.2012 17:57

O751 CHOQUE DURANTE O DESPUES DEL TRABAJO DEPARTO Y EL PARTO

27.06.2012 16:31

I460 PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA

Informe Quirúrgico

Entrada Quirófano : 16:10 Ini. Procedimiento : 16:15 Fin Procedimiento : 17:05

Salida Quirófano : 17:20 Inicio Anestesia : 16:10 Fin Anestesia : 17:20

Clase de Herida : Contaminada Tipo Anestesia : General

Fecha Registro : 27.06.2012 Sangrado : 3000 Irrigación : 2.000,00

Condición Egreso : Muerto

Sala : QXCIGR03

Finalidad del Proc. : Terapéutico

Procedimientos Realizados

0000684000 HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD

Diagnósticos

Dx. Preoperatorio

O85X SEPSIS PUERPERAL

Tipo : 02 Definición : H0

O751 CHOQUE DURANTE O DESPUES DEL TRABAJO DEPARTO Y EL PARTO

Tipo : Definición :

Dx. Postoperatorio

O85X SEPSIS PUERPERAL

Tipo : 02 Definición : H0

O751 CHOQUE DURANTE O DESPUES DEL TRABAJO DEPARTO Y EL PARTO

Tipo : Definición :

I460 PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA

Tipo : 02 Definición : H1

Detalle Cirugía

Hallazgos

UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO, DE APROXIMADAMENTE 25 CMS, ATONO, VIOLACEO, EDEMATOSO, FRIABLE Y FETIDO, CON RUPTURA EN LA CARA ANTERIOR DEL SEGMENTO UTERINO DE +/- 6 CMS, CON HEMOPERITONEO DE 2500 CC FETIDO. SE OBSERVA COMPROMISO POR INFILTRACION PURULENTO DE AMBOS PARAMETRIOS DE PREDOMINIO DERECHO, CON COMPROMISO DE ANEXO DERECHO, EL CUAL SE OBSERVA CASI NECROTICO, VAGINA FRIABLE. ORINA COLURICA INICIALMENTE Y LUEGO HEMATURICA (NO SE REALIZA PRUEBA DE INTEGRIDAD VESICAL DEBIDO A QUE LA PACIENTE FALLECE DURANTE EL ACTO QUIRURGICO). VICERAS ABDOMINALES ISQUEMICAS, TEJIDOS FRIABLES.

Descripción del Procedimiento

INCISION MEDIANA EN PIEL, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD, VISUALIZACION DE HALLAZGOS. TOMA, CORTE Y LIGADURA BILATERAL Y SUCESIVA DE LIGAMENTOS REDONDOS, UTEROOVARICOS, LIGAMENTO ANCHO, UTERINAS Y PARAMETRIOS CON VICRYL 0, SE HACE EXCERESIS DEL UTERO HACIENDO TOMA CON PINZA A NIVEL DE LA RUPTURA UTERINA DESCRITA, CIERRE DE CUPULA PARCIAL CON VICRYL 0, LAVADO CON CRISTALOIDES TIBIOS 2000 CC. EN ESTE MOMENTO INFORMAN QUE LA PACIENTE TIENE PH DE 6.8 Y SATURACION DE 30 % (INCOMPATIBLE CON LA VIDA), POR LO QUE SE DECIDE NO DEJAR VACCUM PACK NI TUBO EN T A NIVEL DE CUPULA COMO SE HABIA PLANEADO INTRAOPERATORIAMENTE. SE CIERRA FASCIA CON VICRYL 0, CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3-0. CONTEO DE GASAS Y MATERIAL CORTOPUNZANTE COMPLETO.

Evolución de Enfermería

* 27.06.2012 17:21

Fecha y Hora de Valoración del Paciente: 27.06.2012 17:21

INGRESA AL SERVICIO DE SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD AMPARO PROCEDENTE DE MUNICIPIO DE MONTEBELLO SECUNDIPARA 1 HIJOS, POSPARTO PVE DEL 23/06/2012, ATENDIDO EN HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO A DONDE ES REMITIDA POR SINDROME HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO. PARTO VERTICE ESPONTANEO AL PARECER SIN COMPLICACIONES. LLEGA EN COMPAÑIA DE PERSONAL DE SALUD DE DICHO MUNICIPIO. INGRESA SOMNOLIENTA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, ESTUPOROSA, PUPILAS MIDRIATICAS, CON MASCARA LARINGEA, RESPIRACION RUIDOSA ESPONTANEA, ABDOMEN GLOBULOSO DISTENDIDO, TRAE ACCESO VENOSO CON LIQUIDOS, CON RESTOS SANGUINOLENTOS MUY FETIDOS, 15:15 PACIENTE QUE ENTRA EN PARO CARDIORESPIRATORIO EVIDENCIADO LA URGENTOLOGA PROCEDE A INTUBAR CON TUBO 7.5 DESPUES DE VARIOS INTENTOS, Y SE ACTIVA CODIGO AZUL Y SE INICIAN MANIOBRA DE REANIMACION 15:15 POR ORDEN MEDICA SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE ADRENALINA HASTA AJUSTAR 5 AMPOLAS CADA 15 MINUTOS, SE ENVASAN 5 AMPOLLAS MAS POR ORDEN DE LA INTENSIVISTA LAS CUALES NO SE ALCANZAN A ADMINISTRAR, SE CANALIZAN DOS ACCESOS VENOSOS EN PLIEGUES Y UNA YUGULAR DERECHA, SE INICIAN LIQUIDOS

ENDOVENOSOS, POR ORDEN DE LA INTENSIVISTA SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DOPAMINA, EN 500CC DE AGUA DESTILADA SE ADMINISTRA 5 AMPOLLAS DE BICARBONATO EN BOLO, SE TRASFUNDE CON 4 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS, SE ADMINISTRA PIPERAZILINA POR ORDEN DE LA DOCTORA ZULMA GARCIA, Y POLIMERIZADO 1 BOLSA ORDEN DE LA INTENSIVISTA, PARO QUE DURA 15 MINUTOS, LA ENFERMERA DE TURNO REALIZA PASO DE SONDA VESICAL Y PASO DE SONDA NASOGASTRICA OBTIENE SALIDA DE LIQUIDO VERDOSO 60/45 FC 120 SE REALIZA RESUCITACION EXITOSA Y ES PROGRAMA PARA HISTERECTOMIA URGENTE, POR LO QUE SE TRASLADA PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN CAMILLA MONITORIZADA EN COMPAÑIA DE LA ENFERMERA DE TURNO, LLEVA ACCESO VENOSO CON LA 5TA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS Y LLEVA LA 6TA PARA CONTINUAR, Y LIQUIDOS VENOSO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES.

Oportunidad en la atención:

REVISADO EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL HGM, NO HALLAMOS EN LO REFERENTE A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA INOPORTUNIDAD.

SI QUEREMOS HACER UN LLAMADO AL FUNCIONAMIENTO DEL PERSONAL CUANDO SE ESTA ANTE UN CODIGO AZUL Y LUEGO CODIGO ROJO.

IGUALMENTE DEBEN VERIFICARSE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, SOBRE TODO AQUELLOS EN LOS CUALES SE EJECUTA EL MONITOREO DE LOS PACIENTES.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

NIVEL DE COMPLEJIDAD ALTA: POR LOS HALLAZGOS CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN CONSIDERAMOS QUE EL MANEJO FUE ADECUADO Y QUE SE BRINDÓ CON OPORTUNIDAD, ACORDE EVOLUCIONABA LA PACIENTE; PARA ELLO LA INSTITUCIÓN DISPUSO DE LOS RECURSOS REQUERIDOS SEGÚN LA COMPLEJIDAD DE LA MORBILIDAD QUE ESTA PACIENTE MOSTRÓ DESDE SU INGRESO. LA PACIENTE INGRESA YA CON UN CUADRO SEPTICO AVANZADO, QUE SE MANIFESTÓ POR LOS HALLAZGOS AL MOMENTO DEL INGRESO Y QUE SE MANIFESTARON POR LA ALTERACIÓN DEL SENSORIO, ESTADO COMATOSO, OLOR ASOCIADO A PIEL MARMOREA MAS FRÍALDAD GENERALIZADA QUE MOSTRÓ LA PACIENTEA SU INGRESO.

NIVEL DE COMPLEJIDAD ALTA:

EVITABILIDAD:

DEFINITIVAMENTE, ESTA PACIENTE SI ERA PARA EL MANEJO EN ESTE TIPO DE ENTIDAD, ESTO SE ENUNCIA PARTIENDO DEL CONCEPTO QUE ERA UNA USUARIA CON UN MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA REPRESENTADA POR SEPSIS ACOMPAÑADA DE PRE-ECLAMPSIA DESARROLLADA EN SU ESTADO GRAVIDO.

QUISIMOS CONOCER LA ATENCIÓN PREVIA BRINDADA A ESTA PACIENTE TANTO EN EL HOSPITAL LOCAL (MUNICIPIO DE MONTEBELLO, COMO LA E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ), PERO NO FUE POSIBLE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN, POR LO QUE NOS TOCÓ HACER EL ANÁLISIS CON EL ESTADO EN QUE NOS LLEGÓ LA PACIENTE, CUANDO YA SE HABÍA INSTALADO EN ELLA EL PROCESO SEPTICO.

NO PODEMOS EMITIR CONCEPTO DE LA EVITABILIDAD DEL CASO, PORQUE QUISIMOS CONOCER LA EVOLUCION EN CUANTO A TIEMPO Y MANIOBRAS DESARROLLADAS EN LA PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES QUE NOS PRECEDIERON A NUESTRA ATENCIÓN PERO NO NOS FUE POSIBLE.

PERO PARTIMOS DEL PRECEPTO QUE TODA PACIENTE, POR PRINCIPIO CON SEPSIS, Y THAE NO DEBERIA LLEGAR HASTA EL GRADO DE DETERIORO ORGANICO QUE TENIA ESTA PACIENTE. PERO IGUAL HAY QUE HACER UN LLAMADO, AL HALLAZGO QUIRURGICO DE LA PERFORACIÓN UTERINA Y QUE PASO DESAPERCIBIDO, Y QUE CON LA ESCASA INFORMACIÓN TANTO DE LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO GRÁVIDO COMO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PARTO QUE TENEMOS, NO ERA DE ESPERAR QUE SE HUBIERA PRESENTADO LA PERFORACIÓN UTERINA, QUE ES EN NUESTRO CONCEPTO, UNO DE LOS FACTORES SINO DESENCADENANTES DEL PROCESO SI ES UNO DE LOS AGRAVANTES, PEERO QUE SE CONVIERTE EN UN HALLAZGO MERAMENTE INTRAOPERATORIO, AUNQUE EN LA SALA DE RECUPERACIÓN LOS ESPECIALISTAS TRATANTES, PRESUMIERON LA EXISTENCIA DE ESTA PERFORACIÓN UNA VEZ REALIZARON EL TACTO VAGINAL TRATANDO DE ESTABLECER UNA DE LAS CAUSAS DE UNA NO ADECUADA INVOLUCION UTERINA.

ACCIONES :

1. EN VISTA DE LA EVOLUCIÓN SE SOLICITÓ, COMO YA SE COMENTÓ LA HISTORIA CLÍNICA PREVIA, A LAS ENTIDADES DE SALUD PRECEDENTES, PERO NO SE PUDO OBTENER, POR ESO LLAMAMOS A OPERATIVIZAR, LOS MECANISMOS INTERINSTITUCIONALES QUE PERMITAN TRABAJAR EN EQUIPOS TENDIENTES A AMINORAR LAS POSIBLES FALLAS, PARA EVITAR ESTOS DESENLACES. APRENDIZAJE DE LOS ERRORES DE PROCESOS DE ATENCIÓN.
2. SE REALIZÓ EL ANÁLISIS AMPLIO DE ESTE CASO, CONTANDO CON LA PRESENCIA DE GINECO-OBSTETRA, UN ANESTESIÓLOGO; PERSONAL DE ENFERMERÍA TANTO PROFESIONAL COMO AUXILIAR, Y PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA. REPASO DE CODIGOS AZUL Y ROJO.
3. SIMULACROS DE AMBOS.
4. BUSQUEDA DE LAS TARJETAS DE CODIGO AZUL.
5. ENCARGO DE RESPONSABLE DE REVISION EVIDENCIABLE DE EQUIPOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
6. CONVERSION DE SALA 2 DE PARTOS PARA ATENCION DE LOS CODIGOS ROJO Y AZUL.
7. REPASO DEL ACCIONAR CUANDO SE ESTA ANTE UN CODIGO ROJO.

Asistentes:

- Dra. Natalia Vélez (Ginecóloga)
- Dr. Juan Carlos Jiménez (Ginecólogo).
- Dra. Ofelia Arroyave Soto (Ginecólogo).
- Dra. Gloria Ortégón P. (Anestesióloga).
- Dr. Juan David Cuartas T. (Ginecólogo).
- Enf. Ligia Maria Zapata Lotero. (Enf. coordinadora vigilancia epidemiológica).
- Enf. Lina Beatriz Torres. (Enfermera del Servicio).
- Dr. Carlos A. García B. (Director de Clínicas Quirúrgicas y Obstétricas).
- Personal Docente Residente e Internos.

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>ACTA UNIDAD DE ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA</p>
<p>Paciente: CLAUDIA PATRICIA HERRERA CASTRO</p>	<p>CC 21982111 HC: 470479</p>
<p>Edad: 29 años</p>	<p>Fecha: Julio 17 de 2012</p>
<p>REMITIDA SIN COMENTAR DE ANDES</p>	

Escenario:

Enfermedad Actual PACIENTE MULTIGESTANTE, RH O POSITIVO, G: 5, P: 4, ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA EN LOS DOS ANTERIORES, CONSULTO AL HOSPITAL DE ANDES POR UN DIA DE EVOLUCION DE CEFALEA, VISION BORROSA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, ASOCIADO A DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS. REMITEN SIN COMENTAR PARA ESTA INSTITUCION. TRAE PARACLINICOS ASI: UROANALISIS: TURBIO, PROTEINAS ++, BACTERIAS +++++, SEROLOGIA NO REACTIVA, HIV NEGATIVO DE HOY. HLG Y PLAQUETAS NORMALES DE HOY. NO TIENE ECOGRAFIAS, 22 SEMANAS POR ALTURA UTERINA, FUM DESCONOCIDA. TRAE EKG QUE MUESTRA P PULMONAR, SIGNOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA

Revisión Por Sistemas NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso: Vivo

Temperatura: 36,0 °C Peso No Practicado Per. Cef. No Practicado

Presión Arterial 184 / 103 mm Hg Talla 1,630 metros Per. Abd. No Practicado

Frec. Cardíaca 125 x min IMC No Practicado SC (m2) No Practicado

Frec. Respiratoria 16 x min Sat con O2 No Practicado Sat sin O2 No Practicado

Examen Físico

Estado de Conciencia: Alerta

Estado Respiratorio: Signos de dificultad Respiratoria Leve

Estado de Hidratación: Bien Hidratado

Estado General: Bueno

Hallazgos

Cabeza: NORMOCEFALA

Cara: CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS

ORL: NORMAL

Cuello: NO MASAS, NO IY

Tórax y Mamas: RsCsRs SIN SOPLOS, CREPITOS BIBASALES

Abdomen: GRAVIDO, AU: 20 CMS, NO SE LOGRA AUSCULTAR FETOCARDIA.

Genitourinario: GENITALES EXTERNOS: NORMALES

TV: CUELLO POSTERIOR, LATERALIZADO A LA IZQUIERDA, CERRADO, SANGRADO VAGINAL ESCASO.

Extremidad: EDEMA GRADO 2 DE MIEMBROS INFERIORES

Neurológico: SIN DEFICIT, ROT ++

Examen Físico Obstétrico

Semanas de Amenorrea Semanas: 20 Días: 0

Altura Uterina: 20 **Presentación:** Indeterminado **F.C.F (Lat./Min):** 0

Movimiento Fetal: Negativo **Edema:** Negativo

Análisis y Conducta

PACIENTE MULTIGESTANTE, EMBARAZO DE APROXIMADAMENTE 20 SEMANAS POR ALTURA UTERINA, ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA. AHORA CON PREMONITORIOS, CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, CREPITOS BIBASALES, EKG CON SIGNOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR DERECHA, P PULMONAR, ADEMAS ITU, FIEBRE SUBJETIVA. SE HOSPITALIZA, SE INICIA SULFATO DE MAGNESIO Y ANTIHIPERTENSIVOS, SE SOLICITAN HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y PARACLINICOS PARA PREECLAMPSIA, ECOCARDIOGRAFIA, EVALUACION POR UCI. SE LE EXPLICA.

Diagnósticos de Ingreso

30.06.2012 05:38

O141 PREECLAMPSIA SEVERA

30.06.2012 05:47

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

30.06.2012 05:48

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

30.06.2012 05:37

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION

Evoluciones Médicas

* 30.06.2012 07:10 MEDICINA CRÍTICA

Subjetivo: UCIM 9S

POR SOLICITUD DE SU MÉDICO TRATANTE ACUDO A VALORAR A ÉSTA PTE AL SERVICIO DE GINCOOBSTETRICIA. ES MÚLTIPARA, G5P0 CON ANT DE PREECLAMPSIA EN ÚLTIMAS DOS GESTACIONES. AHORA CURSANDO CON CUADRO DE EMERGENCIA HTA, PREECLAMPSIA SEVERA Y EDEMA PULMONAR CARDIOGÉNICO AGUDO. TA DE INGRESO 180/103. SE HA INICIADO LABETALOL EN INFUSIÓN IV TITULABLE A 1 MG/MIN Y HAN ADMINISTRADO BOLO DE FUROSEMIDA. DESATURADA AL INGRESO CON FIO2 0,28, INCREMENTARON A 0,5 CON MEJORÍA. FR 28 SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA NI RETRACCIONES. NO INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA QUE OBLIGUE A IOT POR AHORA. ORDENO TRASLADO A UCIM 9S.

Objetivo: .

Análisis: .

Plan: .

* 30.06.2012 07:39 GINECO-OBSTETRICIA

Subjetivo: NOTA ADICIONAL

SE REINTERROGA NUEVAMENTE PACIENTE, NO SABE EDAD GESTACIONAL, NO SABE FUM, NO SABIA QUE ESTABA EN EMBARAZO, CON PREECLAMPSIA SEVERA EN LOS DOS EMBARAZOS ANTERIORES, NO RECUERDA CUANTAS SEMANAS TENIA, DICE QUE NO FUERON PREMATUROS, TODOS LOS EMBARAZOS DEL MISMO COMPAÑERO.

Objetivo: MALAS CONDICIONES, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONCIENTE, ORIENTADA, CON ALETEO NASAL, MASCARA DE NO REINHALACION PRESION ARTERIAL 127/72. PULSO 96 MINUTO SATURANDO 94%. FRECUENCIA RESPIRATORIA 34 MINUTO. CARDIOPULMONAR CON RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS, NO SOPLOS, CON HIPOVENTILACION BIBASAL CON CREPITOS GENERALIZADOS, RETRACCIONES SUPRACLAVICULARES. ABDOMEN: UTERO GRAVIDO, ALTURA UTERINA 22 CM, FETOCARDIA POSITIVA POR ECOGRAFO, CON REFLUJO HEPATOYUGULAR POSITIVO. NO TACTO VAGINAL EXTREMIDADES: EDEMA II, NO EXALTACION DE REFLEJOS.

Análisis: SEHACE RASTREO ECOGRAFICO PUES EL ESTADO DE LA PACIENTE NO ES ADECUADO PARA UNA ECOGRAFIA OBSTETRICA, SE OBSERVA FETO VIVO, CON FEMUR DE 24 SEMANAS.

Plan: PENDIENTES RESULTADOS DE LABORATORIOS

* 30.06.2012 09:47 MEDICINA CRÍTICA

Subjetivo: INGRESO UCI ADULTOS 9 PISO SUR.

Hora de ingreso: 08:00 h.

Paciente femenino, 29 años, procedente del servicio de gineco obstetricia donde se encontraba hospitalizada por cuadro clínico de aproximadamente 48 h de evolución, consistente en deterioro progresivo de clase funcional, manifestado por disnea de esfuerzos y ortopnea acompañado de aumento de edemas periféricos. Tos húmeda, productiva; esputos blanquecinos. Concomitantemente refiere cefalea y mareos; niega acufenos, fosfenos, tinnitus o epigastralgia; no alteración del estado de conciencia. Refiere que en su unidad local se registro un pico febril aislado de 38,5°C. Niega síntomas gastrointestinales; al parecer aumento de fetidez urinaria.

Antecedentes personales:

-Patológicos: #soplo cardiaco# diagnosticado hace 3 años y estudiado con Ecocardiograma TT que no trae. Pre-eclampsia en 2 embarazos previos.

-Gineco obstétricos: G5P4, desconoce FUM, se hizo calculo de edad gestacional de aproximadamente 24 semanas, según medición de fémur fetal x ecografía. También se encontró fetocardia positiva.

-Fármacos: estuvo tomando medicación que no recuerda, luego del diagnostico de valvulopatía cardiaca.

-Qx: negativos.

-Alérgicos: negativos.

-Tx: negativos.

Antecedentes familiares:

-No hay antecedentes de importancia.

Objetivo: Examen Físico:

Ingresada monitorizada en forma no invasiva, con mascarilla de no reinhalación, con dificultad respiratoria en reposo, sin cianosis, consciente, colaboradora, orientada en 3 esferas mentales. Con infusión de Labetalol a 1 mg/minuto y sulfato de Mg a 55 cc/h. Ta 132/74 mm Hg Fc 94´ Fr 33´ SatO2: 97% Glucometría 94 mg/dl. Con DVY grado 3 y reflujo hepato yugular positivo. Aleteo nasal. Hidratada. Mucosas anictéricas. Tórax simétrico, con RsCsRs sin agregados, se auscultan crépitos bilaterales, de predominio basal. Abdomen globoso por útero grávido, con fondo palpable a nivel de cicatriz umbilical. Sin sangrado genital evidente, con sonda vesical permeable a cistofló, orina amarillenta escasa. Extremidades simétricas, con edema grado 2 bilateral.

Resto de ef. normal.

Paraclínicos:

LDH elevada (640). Plaquetas normales (249.000). Transaminasas normales. Anemia (HB 10,6) microcítica - hipocrómica. Leucocitosis (14.240/mm³). Bilirrubinas normales. Ac úrico elevado (6,6).

Gases arteriales (fiO₂ 40%): trastorno mixto, alcalosis respiratoria con acidosis metabólica; hipoxemia (pO₂ de 57,6). satO₂ de 91,6.

Paraclínicos de sitio de remisión:

HIV negativo.

P de orina con proteinuria (100 mg/dl), nitritos, leucocituria, hematuria y bacterias abundantes.

El hemograma también muestra anemia microcítica - hipocrómica. Conteo de plaquetas normal. Leucocitosis (15.000/mm³).

Hemoclasificación: O+.

Coagulograma normal.

Ac. Úrico normal.

Hay hiperbilirrubinemia (BT 1,4) a expensas de la BI (1.17).

Transaminasas normales.

EKG con taquicardia sinusal y aumento de magnitud de onda P en DII.

Análisis: Paciente con antecedente de pre-eclampsia en 2 últimos embarazos y, al parecer, valvulopatía cardíaca no tratada, actualmente con embarazo de 24 semanas x longitud de fémur fetal, quien presenta deterioro progresivo de su clase funcional, elevación importante de cifras de TA al ingreso, cefalea, edemas periféricos, proteinuria en muestra aislada de orina y trastorno mixto de gases arteriales, lo cual la enmarca en un cuadro clínico, de acuerdo a sus antecedentes y síntomas y signos actuales, de pre-eclampsia severa con edema pulmonar asociado. Por otra parte, es llamativo el dato de un pico febril documentado por personal de salud en su unidad de origen, acompañado de un parcial de orina patológico (con bacterias, nitritos, leucocituria), aunque tomado de micción espontánea, según refiere la paciente, por lo cual se descartara algún foco infeccioso de origen genitourinario que también este colaborando en la descompensación actual.

De igual forma, se ampliarán estudios imagenológicos cardíacos para determinar que tipo de valvulopatía padece, pues refiere antecedente personal de #soplo cardíaco# diagnosticado hace 3 años, sin tratamiento actual.

Se continuara monitoreo no invasivo de signos vitales, medicación antihipertensiva parenteral y enteral, O₂ suplementario, sulfato de Mg en infusión, profilaxis anti ulcerosa y anti TVP, antibioticoterapia empírica, se complementarán paraclínicos, se cultivará orina y se realizara Rx de tórax con protección abdominal.

Se manejará conjuntamente con gineco-obstetricia.

Diagnósticos:

-Pre eclampsia severa.

-Edema pulmonar agudo secundario.

-Embarazo de 24 semanas por fémur fetal.

-Alto riesgo obstétrico.

- Infección urinaria complicada.
- Valvulopatía cardíaca?

Plan: Paciente con antecedente de pre-eclampsia en 2 últimos embarazos y, al parecer, valvulopatía cardíaca no tratada, actualmente con embarazo de 24 semanas x longitud de fémur fetal, quien presenta deterioro progresivo de su clase funcional, elevación importante de cifras de TA al ingreso, cefalea, edemas periféricos, proteinuria en muestra aislada de orina y trastorno mixto de gases arteriales, lo cual la enmarca en un cuadro clínico, de acuerdo a sus antecedentes y síntomas y signos actuales, de pre-eclampsia severa con edema pulmonar asociado. Por otra parte, es llamativo el dato de un pico febril documentado por personal de salud en su unidad de origen, acompañado de un parcial de orina patológico (con bacterias, nitritos, leucocituria), aunque tomado de micción espontánea, según refiere la paciente, por lo cual se descartara algún foco infeccioso de origen genitourinario que también este colaborando en la descompensación actual.

De igual forma, se ampliarán estudios imagenológicos cardíacos para determinar que tipo de valvulopatía padece, pues refiere antecedente personal de #soplo cardíaco# diagnosticado hace 3 años, sin tratamiento actual.

Se continuara monitoreo no invasivo de signos vitales, medicación antihipertensiva parenteral y enteral, O₂ suplementario, sulfato de Mg en infusión, profilaxis anti ulcerosa y anti TVP, antibioticoterapia empírica, se complementaran paraclínicos, se cultivara orina y se realizara Rx. de tórax con protección abdominal. Se manejara conjuntamente con gineco-obstetricia.

Se explica a paciente la razón de su ingreso a UCI, el tratamiento a seguir, las posibles complicaciones que pueden surgir y el pronóstico de su cuadro clínico actual.

Comprende y acepta procedimientos.

Se dará información a familiares en el momento de la visita y se les explicara todo lo anterior.

30.06.2012 14:34

Subjetivo: EVOLUCION UCI ADULTOS 9 P SUR.

Objetivo: Con O₂ x mascarilla de no reinhalación e infusión de Labetalol en Destete

..Se tomaron gases arteriales control en a.m. los cuales muestran mejoría de parámetros, con pH normal, trastorno mixto, adecuadas pO₂ (96,7). Pafi de 96.

Plan: - Se continua destete de Labetalol IV.

- Continuar O₂ x mascarilla de no reinhalación.
- Continuar Nifedipino oral cada 12 h.
- Continuar infusión de sulfato de Mg.
- Diuréticos de ASA por horario.
- Pendiente Rx. de tórax portátil

30.06.2012 17:55

Objetivo Rx. de tórax muestra costillas horizontalizadas, hay infiltrado alveolar bilateral en todos los cuadrantes, con borramiento de silueta cardíaca y de ángulos cardio y costo frénicos; no se logra visualizar completamente silueta cardíaca. Tráquea central. Me informan (nuevamente) que no hay disponibilidad de Ecocardiograma hasta el día martes a pesar de que fue solicitado desde temprano en la mañana, antes del ingreso a UCI

Análisis Paciente con reagudización de síntomas respiratorios, con dvy, crépitos pulmonares, sibilantes espiratorios y datos de falla de bomba miocárdica

Plan: - CPAP no invasivo 4 h alternado con mascarilla de no reinhalación 2 h - Se coloca catéter venoso central para medición de PVC.

30.06.2012 23:08

Subjetivo: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 9° PISO SUR
AH1N1 (?)

Análisis: Paciente en la actualidad tolera ciclos de VMNI, sin soporte inotrópico o vasoactivo, requiriendo nitratos endovenosos para compensar cifras tensionales, con alto requerimiento de O2 con máscara de no reinhalación, aumento marcado del trabajo respiratorio, alto riesgo de falla respiratoria y requerir ventilación invasiva.

01.07.2012 09:43

Subjetivo: EVOLUCION DIURNA UCI ADULTOS 9 P SUR.

-SDRA pulmonar:

* Infección por AH1N1?

* NAC Ila.

-Pre-eclampsia severa?

Se observa aumento importante de leucocitos (36,710) y de PCR(19,3). Las cifras de Hg permanecen estables (10,1).El Coagulograma es normal. Plaquetas normales. La LDH aumento a 1576 y hay ligera hiperbilirrubinemia (BT 1,5) a expensas de la BI (1,5).El p de orina, al contrario de el del sitio de remisión no muestra proteinuria aislada ni nitritos; bacterias abundantes.

Los gases arteriales muestran trastorno mixto (pH 7,37) con una alcalosis respiratoria compensada con una acidosis metabólica. Adecuados índices de oxigenación (pO2 100). Pafi de 125. Lactato en 1,3. Hay hipermagnesemia (5,12), con hipocalcemia (7,2). Hipoalbuminemia (2,2).

Análisis .Sin embargo, por la nueva aparición de picos febriles anoche y la elevación de los leucocitos y la PCR, junto con el infiltrado de ocupación alveolar bilateral y la Pafi baja se considera que está presentando un SDRA de origen pulmonar, por una NAC viral (AH1N1) o bacteriana; ya se ordenó oseltamivir oral y se aisló la paciente; de igual forma, se adiciono claritromicina IV al tto con ampicilina/sulbactam, con lo cual queda cubierta empíricamente para los posibles gérmenes causales, incluso, si hay un posible foco urinario ..Además, ha empezado a elevar la LDH, las bilirrubinas, pero no ha presentado trombocitopenia ni alteración de las transaminasas como para pensar en un HELLP

01.07.2012 18:42

Subjetivo: EVOLUCION UCI ADULTOS 9 P SUR.

Análisis: Paciente con deterioro de estado neurológico y vómitos, lo cual la pone en riesgo de bronco aspiración, desaturada con altos flujos de O2, por lo que se procedió a intubación oro traqueal, previa explicación a la paciente y aceptación por parte de esta. Se premedicó con Midazolam 3 mg IV, fentanilo 50 ugr IV y se relajo con 7 mg IV de vecuronio. Durante el procedimiento se observo salida de líquido espumoso rosado por boca y vía aérea de la paciente, compatible con edema pulmonar. Se comprobó correcta colocación de TOT con

método auscultatorio, visualización directa y observación de línea de condensación en luz de tubo oro traqueal. Se fija en 22 cms. Se conecta a ventilador en modo ciclado por presión. Se considera que la paciente está realizando evento coronario agudo por alteración en la relación aporte/demanda de O₂ miocárdico debido al excesivo trabajo ventricular por el SDRA pulmonar que tiene en estos momentos. Se dará manejo para cardiopatía isquémica con doble anti agregación, anticoagulación con HBPM x vía SC

01.07.2012

Objetivo por cuadro de dolor torácico durante episodio de taquicardia además de cambios dinámicos en EKG en cara lateral, por lo que se realizan enzimas cardiacas .

02.07.2012

Subjetivo -Sx coronario agudo: IAM de cara antero lateral sin elevación del sto ST. .EKG de hoy persiste con t negativas en cara antero lateral (V4-V5- V6), ondas p pulmonares y hay bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His.

Análisis De igual forma se ha tornado anúrica desde hace varias horas, por lo cual se aumentara aporte hídrico y diurético. Sin embargo, está en riesgo de necesitar terapia de reemplazo renal.

02.07.2012, 11:49

Subjetivo: RONDA GINECOBSTERICIA

SE DEBE TERMINAR LA GESTACION PUES DE CONTINUARLA, LA MORTALIDAD ES MUY ELEVADA. SE SUSPENDE SULFATO MAGNESIO POR LA FALLA RENAL Y SE INICIARA FENITOINA. DEBIDO A QUE LA PACIENTE HA VENIDO RECIBIENDO CLOPIDROGEL Y ASA AL INGRESO TIENE ALTO RIESGO DE SANGRADO, POR LO CUAL LA VIA IDEAL DEL PARTO ES LA VAGINAL,

02.07.2012 13:49

..Se considera que estos datos corresponden a proceso séptico, muy probablemente de foco pulmonar y, aunque ha presentado disminución de reactantes en los paraclínicos de control se rotara antibioticoterapia IV por inadecuada respuesta clínica y para cubrir foco séptico pulmonar A las 13:15 horas paciente entra en asistolia, por lo que se inician maniobras de RCCP avanzada(masaje cardiaco externo, ventilación mecánica por ambú, medicamentos) .. Luego de 10 minutos en ritmo sinusal cae nuevamente en bradicardia severa y posteriormente asistolia por lo que se reinician maniobras de RCCP avanzado por médico especialista recibiendo maniobras de reanimación avanzada durante 20 minutos, en asistolia, sin presión, sin pulso, con pupilas midriáticas arreactivas, en 6 mm

02.07.2012 16:26

Subjetivo: CARDIOLOGIA

..Se realiza estudio ecocardiográfico compatible con trombo embolismo pulmonar severo .Se comenta con Hemodinámica quien opina está contraindicada la trombolisis por riesgo sangrado a nivel uterino

02.07.2012 ginecología

.PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO, PREECLAMPSIA SEVERA, POSTREANIMACION POR PARO CARDIOPULMONAR, FETO MUERTO ..SE COLOCA SEGUNDA DOSIS DE MISOPROSTOL A LAS 4 PM.

02.07.2012: 19:05 .

.. - La Opción más prudente sería la trombectomía por aspiración percutánea, procedimiento que se realizaría mañana, una vez lleguen los insumos, los cuales serian solicitados por hemodinamia. Se mantendrá anticoagulada con heparina de bajo peso y se suspende anti agregación. SS duplex venoso de Miembros inferiores por la sospecha de TVP de MII.

Objetivo .SNC Glasgow 3/15, pupilas isocóricas en 3 mm hiporreactivas, sin respuesta motora al examen clínico, resto no evaluable

03.07.2012, 11:35

Subjetivo: CARDIOLOGÍA

Análisis: PACIENTE CON CUADRO SUGESTIVO DE TEP MASIVO QUE CURSÒ CON PARONCARDIORRESPIRATORIO QUE REQUIRIÒ REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR POR CERCA DE 30 MINUTOS, DETERIORO NEUROLÒGICO SEVERO, FALLA RENAL AGUDA, INESTABILIDAD HEMODINÀMICA REQUIRIENDO SOPORTE VASOPRESOR A DOSIS ELEVADAS, BAJO VENTILACIÓN MECÀNICA, ALTERACIÓN DE PRUEBAS DECOAGULACIÓN CON RIESGO ELEVADO DE SANGRADO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, DADAS LAS CONDICIONES DE LA PACIENTE SE CONSIDERA QUE EN EL MOMENTO NO ES CANDIDATA A MANEJO INVASIVO DE SU TEP. SE ESPERARÀ EVOLUCIÓN Y DE ACUERDO A ESTA SE VALORARÀ POSIBILIDAD DE INTERVENCIONISMO. ALTA POSIBILIDAD DE MUERTE.

03.07.2012 12:17

Subjetivo: NEFROLOGÍA: INTERCONSULTA: JULIO 3 2012

.Hay claros criterios de inicio de soporte dialítico, por su perfil hemodinámico y muy probable edema cerebral postparo requiere inicio de terapia de reemplazo renal continuo tipo hemodiafiltración venovenosa continua.

03.07.2012 16:45

Subjetivo: Hemodinamia

Análisis: Paciente en malas condiciones generales, séptica, hipovolémica, en falla renal aguda oligúrica, con alto soporte: vasopresina 0.03U/min y norepinefrina 0.45 mcg/kg/min. Solicitan evaluación por sospecha de TEP adicional, dadas las malas condiciones no es apropiado realizar arteriografía pulmonar y se encuentra contraindicada la trombolisis por la inducción del parto vaginal, accesos venosos en sitios no compresibles, coagulopatía, falla renal y sepsis

04.07.2012 10:17

Subjetivo ..Desde hace algo más de 36 hrs se está induciendo el trabajo de parto con prostaglandinas intravaginales siendo infructuoso, ventilándose ayer la probabilidad de iniciarse infusión de oxitocina para agilizar el proceso y disminuir la posibilidad de infección pélvica grave (endometritis, corioamionitis, etc.).

04.07.2012 11:40

Ginecología **Análisis:** se decide iniciar nuevamente misoprostol a 400 microgramos

04.07.2012 23:34

Objetivo .Persisten datos de SIRS, coagulopática, alteración metabólica. Paciente con datos claros de disfunción orgánica múltiple, con un alto riesgo de mortalidad

05.07.2012 07:42

Subjetivo: NEFROLOGÍA

Análisis .Hoy con pésima evolución, se discute con uci, hay empeoramiento neurológico, sospecha de muerte encefálica, hoy estable hemodinámicamente, deterioro ventilatorio, Pafi < 200 y acidosis respiratoria, mejoría metabólica en bicarbonato y azohados, persiste severa leucocitosis.

Plan: Se discute con uci, durante la mañana se harán las pruebas de muerte Encefálica.

05.07.2012 14:45

Subjetivo: neurocirugía. solicitan valoración por muerte encefálica

Objetivo: 140/64, apnea mayor de 3 minutos, midriasis parálitica de 6 mm, oculocefálicos negativos, laríngeo negativo

Análisis: muerte encefálica

06.07.2012 08:26

(Test de apnea negativo para muerte encefálica) pero resto de reflejos de tallo ausentes. Continúa onírica y afebril .El plan de hoy es insistir en la realización del electroencefalograma para poder definir si existe actividad cerebral o no, lo pertinente sería realizar potenciales evocados cerebrales

06.07.2012,20:13

Subjetivo: EVOLUCIÓN NOCTURNA UCIM 9S

Análisis A-EN MUY REGULAR ESTADO GENERAL, VARIOS PICOS FEBRILES DURANTE LA TARDE. SU CONDICIÓN NEUROLÓGICA ES PÉSIMA, MIDRIÁTICA Y SIN RTA NEUROLÓGICA A PESAR DE NO RECIBIR SEDACIÓN ALGUNA.

07.07.2012 10:16

Ginecología

Análisis: SE EVALUA CONJUNTAMENTE CON DR JARAMILLO Y DRA NATALIA SANCHEZ PACIENTE EN 4TO DIA DE INDUCCION DE PARTO SIN BUENA EVOLUCION LUEGO DE USO DE: MISOPROSTOL, RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS Y OXITOCINA, SIN LOGRAR CAMBIOS CERVICALES. REQUIERE EVACUACION DE UTERO POR LO CUAL SE PROGRAMA PARA HISTEROTOMIA

07.07.2012 10:53

Subjetivo: ANESTESIA 10:30

07.07.2012 12:21

Subjetivo: NEUROCIRUGIA

Plan: No se cumplen todos los criterios de muerte encefálica.

07.07.2012 17:57

GINECOLOGIA

Subjetivo: NOTA OPERATORIA

..HISTEROTOMIA CORPORAL PARA EXTRACCION DE OBITO FETAL

Análisis: SE OBSERVA EDEMA DE PARED, ASICITIS CITRINA, MORTINATO, SEXO MASCULINO, PESO 780GR, TALLA 33CM, SE OBSERVA PIEL MASCERADA, OLOR FETIDO, CABEZA CON DEFOMIDAD. PLACENTA CON MULTIPLES TROMBOSIS

15.07.2012 12:10

Subjetivo: EVOLUCION DIURNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 9° PISO SUR

Análisis: Sin cambios desde el punto de vista neurológico, estacionaria, sin reflejos de tallo y hoy amanece sin automatismo respiratorio por lo que se realizaron pruebas para determinar muerte cerebral;

15.07.2012 19:05

Subjetivo: Se realizan maniobras para dictaminar muerte cerebral debido a la evolución de la paciente y los hallazgos anotados en la evolución previa. La paciente no presenta reflejo corneal, fotomotor, oculocefálico, tusígeno, ni automatismo respiratorio. Las pupilas están midriáticas en 6 mm c/u. A los 2 minutos de iniciar la prueba la paciente se torna progresivamente hipotensa por lo que se suspende esta, se conecta nuevamente a AVM invasiva y se declara PRUEBA DE APNEA FALLIDA

16.07.2012 08:36

Subjetivo: NEFROLOGÍA

..suspendemos terapia dialítica y se da alta por nefrología.

Plan: . Suspender soporte dialítico. . Alta por nefrología.

16.07.2012 09:56

Subjetivo: EVOLUCIÓN

Análisis El plan el día de hoy es iniciar la limitación del esfuerzo terapéutico de acuerdo con la pobre respuesta clínica al tratamiento instaurado. Se recomendará la realización de necropsia luego del fallecimiento para determinar la causa justa de la muerte

17.07.2012 09:21

Subjetivo: NOTA

Objetivo: Paciente que presenta bradiasistolia a las 9:10 am

Análisis: No se realizan maniobras de reanimación por acuerdo mutuo entre familiares y grupo médico tratante

Plan: Se declara fallecida y se realiza certificado de defunción

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION:

Llama la atención que la paciente desconociese que estuviera en estado Grávido, situación claramente evidenciada al momento del ingreso y que en diferentes interrogatorios la usuaria evidenció. Adicionalmente debemos tener en cuenta que la usuaria era de área rural, situación

que configura DEMORA 1, para este caso en especial. Igualmente llama la atención la tardanza en consultar por la sintomatología que presentaba y mas conociendo su caso así como sus antecedentes, no tenemos claro, si la paciente estaba siendo manejada por hipertensión, pero revisando la historia clínica, se evidencia que en episodio anterior a la usuaria, se le había solicitado una Interconsulta a Cardiología que no asistió, y se desconocen las causas de su no asistencia. Ahora bien, no tenemos conocimiento de a que distancia del área urbana del Municipio de Ándes se halla la vereda donde residía la materna. Pero, por los anteriores hallazgos, claramente afirmamos que se configuró una DEMORA TIPO 1.

Evaluando el caso se interroga si hay aspectos para pensar que se pudiese configurar una DEMORA 2, pero la consideración general del grupo es que no.

Ahora bien, evaluado el caso, los tiempos de las solicitudes de las interconsulta, la solicitud de la misma UCI; la solicitud del apoyo diagnóstico y terapéutico, etc consideramos que en el HGM se le brindó una oportuna atención. Todo lo anterior que da evidenciada porque desde el momento del ingreso, a las 05:38; a las 04 horas, ya estaba siendo recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos, además se contó el recurso de especializada en: Ginecología, Medicina Crítica, Nefrología, Cardiología, Hemodinamia, Anestesiología. Igualmente se contó con el recurso de Terapia Física y apoyo de Laboratorio.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN:

Paciente en tercera década de la vida, Multigestante, quien tenía el antecedente de Pre eclampsia en dos estados grávidos previos, al parecer que quedó con secuelas y que se manifestaron por una supuesta valvulopatía, que en ningún momento se documentó como tal. Solo que se documento con trazos electrocardiográficos del tipo de P pulmonar y de unos signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Por los anteriores hallazgos consideramos que esta paciente si era para atención en este nivel de complejidad, aunado a un desconocimiento de su estado grávido mas las repercusiones que al parecer los anteriores eventos grávidos habían dejado en la paciente y cuyo principal órgano efector era el sistema cardiovascular, el cual se manifestaba por una supuesta hipertensión arterial con repercusión cardíaca que se manifestaba por valvulopatía que en ningún momento fue documentada como tal.

Analizado el caso con el concurso de todos los abajo relacionados, se interrogó sobre si con ese FiO2 del ingreso, se presentó lentitud o demora en pasar a una VMI, pero el concepto final es que se pasó por los pasos del escalonamiento de manejo de la vía aérea que iniciaron con O2 por mascarilla de no re-inhalación, seguida de ciclos de VMNI, hasta tener que llevarla a VMA.

Igualmente se discutió sobre si fue oportuno el desembarazarla luego de óbito fetal, situación que fue discutida ampliamente por el grupo de gineco-obstetras y que aunado a su condición se constituyeron en factor determinante de no hacerla en ese momento y trataron de contemporizarla al máximo, hasta que las mismas condiciones hemodinámicas de la paciente mostrasen el momento mas adecuado de practicar la histerotomía. El consenso, es que practicó en uno de los menos malos momentos de inestabilidad de la paciente.

EVITABILIDAD:

Consideramos que es una muerte altamente evitable, ya que desde el mismo momento del anterior egreso, se tenía remisión de la paciente para ser evaluada por el grupo de cardiología, situación que al parecer no fue lo suficientemente introyectada en la paciente ni por su grupo tratante, ni mucho menos porque ella lo halla percibido; esta situación hizo que la paciente no consultase y no tuviésemos información sobre si se manejó su hipertensión y se hubiera tipificado la valvulopatía.

Respecto esta evitabilidad, es poco lo que pudiera haber hecho en este nivel de complejidad, ya que se considera que todas estas acciones son del primer nivel de complejidad que debieron haber sido establecidas desde la misma consejería anticoncepcional hasta el manejo en el programa de Hipertensión arterial.

ASISTENTES:

Dr. Carlos Alonso García B.	Director de Clínicas Quirúrgicas
Dr. Jorge Jaramillo	Gineco-obstetra.
Dr. Natalia Sánchez	Gineco-obstetra.
Dr. Juan C Jiménez	Gineco-obstetra.
Dr. Juan D. Cuartas	Gineco-obstetra.
Dr. Alejandro Colonia	Gineco-obstetra.
Dr. Fernando Cano	Gineco-obstetra.
Dr. Rolando Antonio Posada Flórez	Intensivista
Enf Ligia Maria Zapata Lotero	Coordinadora ve

 HGM Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	ACTA UNIDAD DE ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA
Paciente: DILMA ROSA SANCHEZ TUBERQUIA	CC - 1193338288 HC: 394725
Edad: 40 años	Fecha: Enero 06 de 2012
Paciente que ingresa en camilla, remitida del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia	

Escenario:

Paciente que según nota de la E.S.E. de Dabeiba (Antioquia); consultó el 05 de Enero a las 12:12, porque no me salió la placenta .

En la Enfermedad Actual: paciente de 39 años G12; V:11; A:1; quien ayer a las 2 de la tarde tuvo parto domiciliario y refiere que no presentó salida de la placenta. Actualmente refiere mareo y malestar general, niega fiebre; paciente no quiso realizar controles prenatales, ni asistir a la atención hospitalaria del parto.

Revisión por sistemas: Negativo.

Al examen Físico general; Presión Arterial 110/80; Frecuencia Cardíaca 78; Frecuencia Respiratoria 18; Glasgow: 15; Sobrio: si. Buenas condiciones generales, alerta, afebril, e hidratada.

C/C: mucosas húmedas y pálidas, escleras anictéricas, cuello móvil sin masas o megalias.

C/P: RsCsRs sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreagregados.

Abd: Blando, depresible, no doloroso, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal.

Ext: eutróficas, sin edemas, llenado cap < 2 seg, pulsos periféricos presentes.

G/U: Vagina NT/NT cordón umbilical saliendo por la cavidad vaginal. Se palpa cuello con dilatación en 3 cm.

Neuro: Sin déficit sensitivo o motor

Fondo de Ojo: sin alteraciones.

Conducta a seguir: Paciente con retención placentaria, se ordena SSN 0.9%; 1000 cc a chorro y se solicita cuadro hemático, VDRL, VIH, HBS Ag.

Se pasa paciente a sala de partos en donde se intenta extraer manualmente placenta sin éxito, por lo cual se decide remitir para valoración por Gineco-obstetra.

Reporte de paraclínicos: (14:02)

Hemograma: L: 14710; Hb: 8,4; Hcto 25,3; Plaquetas 115000; PMN 71,3%; HIV: negativo; Hep B negativo; VDRL negativo; se inicia manejo de proceso de regulación.

05/01/2012; 15:12 (Nota Médica de la E.S.E. de Dabeiba)

Se evalúa paciente luego, quien refiere sentirse bien, sin sangrado vaginal activo. SV: TA 108/74; FC: 88; FR: 17

Paciente con aceptable condición clínica, alerta sin dificultad respiratoria, orientado en las 3 esferas.

CyC: Conjuntivas rosadas, mucosa oral semihidratada, cuello sin masas, tiroides palpable no masas.

CP: RscsRs no soplos, pulmones ventilados, no ruidos sobreagregados.
Abd. Blando no doloroso, útero supraumbilical en globo.
TGU: Se evidencia cordón umbilical pinzado, se realiza tacto cuello dilatación de 2 cms, placenta que no cede.
Extremidades: sin edemas llenado capilar < 2 seg, pulso periférico ++/++ tibial posterior.
Neurológico sin déficit motor, ni sensitivo.
Piel sin lesiones.

A/ Paciente en la 5ª década de la vida con cuadro de retención de placenta decido realizar manejo con líquidos endovenosos y oxitocina, además de manejo antibiótico de amplio espectro previa valoración de función renal. Explico a la paciente la condición de esta y conducta a seguir. Paciente que es aceptada en Santa Fé de Antioquia. Manejo Oxitocina 10 UI IV + 500 cc SSN 0.9%.
SS 0,9\$ 1000 cc IV para 2 horas.
Sangrar para creatinina y Bun.
Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas + 100 cc SS 0.9%.
Gentamicina 180 mg IV cada 24 horas previo resultado de la creatinina.
Remisión.

Nota del Hospital General de Medellín

Traen paciente de Santa Fe de Antioquia sin regular post histerectomía hace aprox 2 horas y media por hemorragia postparto. Refieren que la paciente presentó parto en casa hace dos días en una vereda lejana de Dabeiba. La llevaron al hospital local donde le encontraron retención de placenta, donde la remitieron para el hospital de Santa Fe de Antioquia, le iniciaron extracción manual de placenta y encontraron Ruptura uterina, por lo cual llevaron a histerectomía abdominal, no hay datos en el momento de la descripción operatoria. Dejaron abdomen abierto con bolsa de viaflex. Según medico que la traslada refiere que el procedimiento quirúrgico fue hace aprox 3 horas, la trasladan con Dx de CID, le habían aplicado 6 unidades de Glóbulos Rojos. Ingresó paciente en camilla, con medico, Dr. Alejandro Ruce, en malas condiciones generales, intubada, con dos venas canalizadas, con una unidad de glóbulos rojos y con líquidos con dopamina. Ingreso pálida, con llenado capilar lento, hipotérmica, al momento del paso de camilla presento paro cardiaco, ritmo asistolia. Se inicio inmediatamente reanimación, adrenalina, LEV.

Hallazgos

Cabeza : conjuntivas palidas, secrecion orofaringea,

Cara : N/E

ORL : N/E

Cuello : N/E

Tórax y Mamas : No se ausculta Ruidos cardiacos. Pulmones con buena ventilacion con el tubo endotraqueal.

Abdomen : Abdomen abierto, con bolsa de viaflex, no sangrado por la herida en el momento. no distendido.

Genitourinario : Sonda vesical sin orina en cistoflo.

Diagnósticos de Ingreso

06.01.2012 18:34

O722 HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA
06.01.2012 18:34
D65X COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (SINDROME DE DESFIBRINACION)
06.01.2012 14:35
I469 PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO

Diagnósticos de Egreso

06.01.2012 18:34
O722 HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA O TARDIA
06.01.2012 18:34
D65X COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (SINDROME DE DESFIBRINACION)
06.01.2012 14:35
I469 PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO

Evoluciones Médicas

* 06.01.2012 16:28

Tipo : Evolución Relevante Epicrisis : Si

Subjetivo : Paciente en paro cardiorespiratorio.

Objetivo : Paciente que presento paro presencial siendo las 14:25 horas, se inicio maniobras de reanimación, masaje cardico continuo, se aplicó adrenalina cada 3 minutos. se verifico ritmo de paro, asistolia, se continua masaje cardiaco, a las 14:42 sale del paro , se toman muestras de sangre, se continua transfusión de globulos rojos, se aplican plaquetas, plasma fresco congelado y criopresipitado. entra nuevamente en paro a las 14:50, se reinicia reanimación cardiopulmonar por 55 minutos mas. presentaba actividad electrica sin pulso. bradicardia. se intentó paso de marcapasos venosos por parte de anestesia. La paciente paso a ritmo de asistolia y a las 15:45 se declara la muerte. se ssuspenden maniobras de reanimacion.

Se aplico en total:

Adrenalina 24 amp.

Bicarbonato 5 amp.

Vasopresina 2 amp.

Amiodarona 2 amp.

Globulos Rojos 5 unidades.

1 aferesis de plaquetas.

Unidades plasma 5 unidades

Cripresipitado 5 unidades.

Análisis : Paciente postparto en casa de hace dos días, posthisterectomia extrainstitucional por posible acretismo placentario, ingreso intubada y en malas condiciones, presento paro cardiorespiratorio a los 5 minutos del ingreso, se reanimó por 1 hora y 20 minutos sin éxito. Fallece por hipovolemia, CID.

Plan : Se realiza certificado de defunción numero: 70447359-8

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION:

Evaluated el caso consideramos que el HGM se le brindó una oportuna atención. Percibimos, con la información que hasta el momento poseemos, que en este caso se presentaron demoras en la atención del tipo I, II, III.

Pero si nos llama la atención que si el CRUE tenía conocimiento de este caso a eso de las 1100, horas, que al menos hubiera establecido llamada a esta IPS, para informarnos de la posible llegada de esta paciente y así ir adelantando algún tipo de acción y preparando con anticipación, la disposición de algún tipo de recursos.

Quisiéramos igualmente conocer que pasó con esta paciente en el lapso de tiempo comprendido entre las 1500 horas del 05 de Enero y las 0005 horas del día 06 de Enero, hora en la cual aparece como recibida en la IPS de Segundo Nivel.

Ahora también quisiéramos conocer también que sucedió con el traslado desde Santa Fe de Antioquia, porque al parece sale de la IPS de segundo Nivel a eso de las 1121 y llega al HGM a las 1420, en las condiciones en las cuales llegó.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN:

Creemos que desde un principio esta usuaria, debió haber sido manejada en un nivel superior donde se contara mínimo con la presencia de un Obstetra. Para este comentario tenemos como base el desconocimiento de los antecedentes de la paciente y más aun el que la paciente hubiera llegado con placenta retenida con casi 24 horas de evolución.

EVITABILIDAD:

Consideramos que es una muerte evitable si se hubiera remitido desde el primer nivel y el hecho que el expulsivo hubiera sido en el domicilio demuestra el poco alcance que tiene los programas de PAB.

De todos modos en este caso ha sabido quedar una acción de mejoramiento, la cual tiene que ver con la forma como la institución enfrenta las acciones relacionadas a la atención de códigos rojos. Para esto se ha ideado la estrategia de posicionamiento inicial y luego la de aprendizaje en el sitio de ubicación asignado según el papel a jugar en la atención del Código Rojo.

Para eso la institución se ha basado en el Protocolo adoptado por la Sociedad Colombiana de Ginecología y Obstetricia, el cual igualmente fue el adoptado por el HGM, y al que le han hecho adicionalmente una tarjetas, con uno cargos de apoyo y donde se pretende entonces mejorar en el aspecto de atención de este tipo de eventos.

ASISTENTES:

Enfermero Hugo Falcón	Comité de Vigilancia Epidemiológica.
Dr. Gabriel Mauricio Vélez Giraldo	Gineco-obstetra.
Dra. Flor del Valle Calderón	Gineco-obstetra.
Dr. Diego León Gaviria Méndez	Gineco-obstetra.
Dr. Carlos Alonso García Berrío	Director de Clínicas Quirúrgicas y Obstétricas

	ACTA UNIDAD DE ANÁLISIS MORTALIDAD MATERNA
	Paciente: JANETH ORTIZ CHALA CC AS - 1045511558HC: 504625
Edad: 29 años	Fecha: Septiembre 25 2012
REMITIDA SIN COMENTAR DE ANDES	

Escenario:

Motivo de Consulta: "TENGO MUCHO DOLOR"

Causa Externa: Otra

Finalidad de la Consulta: Detección de Alteraciones del Embarazo

Enfermedad Actual: Paciente de 29 años, trabaja en confecciones, residente en Villa del Socorro, natural de Turbo, casada. G: 5, P: 3, C: 1, V: 4. O positivo Edad gestacional: 35 semanas por FUM (17.02.12) Paciente que consulta por contracciones intensas desde las 4:00 a.m. No trae ecografías ni carnet de control prenatal. sin antecedente de hipertensión ni preeclampsia en embarazos anteriores. sin cefalea ni visión borrosa. Sin premonitorios.

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales: NEGATIVO

Cabeza: NEGATIVO

Órganos de los sentidos: NEGATIVO

Garganta: NEGATIVO

Cuello: NEGATIVO

Cardiorrespiratorio: NEGATIVO

Mamas: NEGATIVO

Gastrointestinal: PACIENTE PRESENTA DURANTE LA CONSULTA EPISODIO DE VOMITO ALIMENTARIO INICIALMENTE Y LUEGO CON SANGRE.

Genitourinario: NEGATIVO

Gineco-Obstétrico: NEGATIVO

Venéreo: NEGATIVO

Endocrino: NEGATIVO

Locomotor: NEGATIVO

Neuromuscular: NEGATIVO

Neurosiquiatrico: NEGATIVO

Piel y anexos: NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso: Vivo

Temperatura: 36,5 °C

Practicado

Peso: No Practicado

Per.

Cef.:

No

Presión Arterial: 104 / 72 mm Hg Practicado	Talla: No Practicado	Per.	Abd.:	No
Frec. Cardíaca: 79 x min Practicado	IMC: No Practicado	SC	(m2):	No
Frec. Respiratoria: 18 x min Practicado	Sat con O2: No Practicado	Sat	sin O2:	No

Examen Físico

Estado de Conciencia: Alerta
Estado Respiratorio: Normal
Estado de Hidratación: Bien Hidratado
Estado General: Bueno

Hallazgos

Cabeza: Normal
Cara: Normal
ORL: No se evalúa
Cuello: Normal
Tórax y Mamas: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin presencia de sobre agregados.
Abdomen: Grávido con actividad uterina sostenida, no se escucha fetocardia
Genitourinario: Tacto vaginal: cuello posterior, dilatación de 1 cm, longitud de 2 cms. Ruptura de membranas a las 6: 45 a.m. sale líquido claro en cantidad moderada.
Extremidad: Edemas grado I. Reflejos normales.
Neurológico: Sin déficit
Otros Hallazgos: Normal

Examen Físico Obstétrico

Semanas de Amenorrea Semanas: 35 Días: 0
Altura Uterina: 34 **Presentación:** Cefálica F.C.F (Lat/Min): 0
Movimiento Fetal: Negativo **Edema:** Grado I

Análisis y Conducta

Paciente de 35 semanas por FUM del 17.02.12 que en el examen físico no se escucha fetocardia, se lleva a ecógrafo donde tampoco se encuentra latido fetal. No se observa hematoma retro placentario ni ruptura uterina. Útero hipertónico. se sospecha por clínica abruptio de placenta. Se hospitaliza para monitorizar trabajo de parto. se reserva glóbulos rojos y se ordenan exámenes para descartar coagulopatía. sin antecedentes de hipertensión arterial ni preeclampsia en embarazos anteriores.

Diagnósticos de Ingreso

25.09.2012 06: 22

P95X MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA

25.09.2012 13: 23

O721 OTRAS HEMORRAGIAS POSTPARTO INMEDIATAS

25.09.2012 13: 23

D65X COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (SINDROME DE DESFIBRINACION)

25.09.2012 06: 33

O458 OTROS DESPRENDIMIENTOS PREMATUROS DE LAPLACENTA

Diagnósticos de Egreso

25.09.2012 06: 22

P95X MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA

25.09.2012 09: 33

O809 PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION

25.09.2012 06: 33

O458 OTROS DESPRENDIMIENTOS PREMATUROS DE LAPLACENTA

Evoluciones Médicas

* 25.09.2012 08: 29

Tipo: Evolución Relevante **Epicrisis:** Sí

Subjetivo: TRABAJO DE PARTO

Paciente de 29 años, trabaja en confecciones, residente en Villa del Socorro, natural de Turbo, casada, segundo primaria. G: 5, P: 3, C: 1, V: 4. O positivo

DX: Mortinato

Paciente refiere que desde el día de ayer no siente su bebe desde las 4 a.m. En el momento muy álgica

Objetivo: Paciente consciente, orientada, signos vitales: presión de ingreso, 104/73, cardiaca 80, Cardiopulmonar normal

Abdomen grávido, sin movimientos fetales, no fetocardia, por ecografía sin vitalidad, salida de líquido y sangre leve por vagina. En el momento en 8 de dilatación.

Extremidades con edemas grado II

P/ paraclínicos

Análisis: Paciente con antecedentes de 5 embarazos, uno de ellos por cesárea por podálica. En el momento está estable hemodinámicamente, feto sin vitalidad. Se reintierroga por antecedentes de Preeclampsia, al parecer ella refiere que no presentó en ninguno de sus embarazos previos. Refiere que su madre murió durante un parto a causa de preeclampsia. Por antecedentes, alto riesgo de código rojo. Refiere trastorno hipertensivo del embarazo sin comprobar preeclampsia. Embarazos de 4 padres diferentes, alto riesgo social, solo vive con dos de sus hijos, solo realizo 2 controles prenatales en este embarazo. Último control 21 de septiembre con ecografía única del 4 de septiembre que reporta 33+2 semanas, peso 2150, placenta fúndica corporal posterior. En el momento 10 de dilatación. Se pasa a parto

Plan: Se pasa a parto

* 25.09.2012 09: 27

Tipo: Evolución Relevante Epicrisis: No

Subjetivo: NOTA DE PARTO

Objetivo: DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO: MULTIGESTANTE GRAVIDA 5 PARTOS VAGINALES 3 EAT Y UN CESAREA POR PODALICA, AHORA EMBARAZO DE 35 SEMANAS CON MUERTE FETAL EN EXPULSIVO Y RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS DE 3 HORAS + EXPULSIVO, DESCARTAR SHAE

DIAGNOSTICO POSQUIRURGICO IDEM+ ABRUPTIO PLACENTARIO DEL 50%+ A TERMINO POR BALLARD

PROCEDIMIENTO ATENCION DEL PARTO VAGINAL

CIRUJANO OAMIRA HERRERA

AYUDANTE MICHELLE GALLEGO RESIDENTE CES

INTERNA YASMIN ABAD INTERNA CES

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CANAL VAGINAL Y BAJO PUJO DIRIGIDO SE ATIENDE PARTO VERTICE ESPONTANEO. PRESENTA SANGRADO COAGULOS ABUNDANTE, LÍQUIDO AMNIOTICO HEMATICO COLOR ROJO VINO OPORTO, EL DIA 25 SEP DE 2012 08: 10 NO CIRCULARES, SE OBTIENE RECIEN NACIDO SEXO FEMENINO SIN SIGNOS VITALES. PESO 3105 GRS GRAMOS, TALLA 49 CM, BALLARD 37-38 SEMANAS. NO PRESENTA MALFORMACIONES MACROSCOPICAS, IMPLANTACION ADECUADA DE PABELLONES AURICULARES, NO MASAS, SE LIGA CORDON 2 ARTERIAS UNA VENA, ALUMBRAMIENTO ACTIVO A LOS 5 MINUTOS, TIPO SCHULTZE, COMPLETA. SE OBSERVA ABRUPTIO PLACENTARIO DEL 50 % COAGULOS ABUNDANTES RETROPLACENTARIOS. SE REALIZA REVISION UTERINA UTERO LIGERAMENTE HIPOTONICO, SE REALIZA MASAJE UTERINO POR 5 MINUTOS, OXITOCINA EN INFUSION Y MUSCULAR, ERGOMETRINA CON BUENA RESPUESTA, SANGRADO DE 350 CC LACERACION EN PERINE GRADO I SANGRANTE SE CORRIGE CON CATGUT CROMADO 2/0.

ESTABLE HEMODINAMICAMENTE PA 113/80 MMHG

SE ENVIA PLACENTA Y RECIEN NACIDO FELLECIDO A PATOLOGIA,

SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION,

Análisis: POSPARTO QUINTO PARTO (3 VAGINALES UN CESAREA POR PODALICA), PRETERMINO DE 35 SEMANAS, CON MUERTE FETAL POR ABRUPTIO PLACENTARIO DEL 50%, AHORA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE.

Plan: TRASLADO A RECUPERACION Y LUEGO A PISO INICIAR VIA ORAL EN 2 HORAS CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 15 MINUTOS POR 2 HORAS Y LUEGO CADA 6 HORAS, VIGILAR SANGRADO VAGINAL.

LEV SALINO 500 CC + OXITOCINA PASAR A 120 CC (YA)HORA Y DEJAR LUEGOSALINO 500 CC PARA 4 HORAS

ACETAMINOFEN 1 GRAMO VIA ORAL CADA 8 HORAS

ERGOMETRINA IM DOSIS UNICA (YA)

AVISAR CAMBIOS

PARACLINICOS ORDENADOS

* 25.09.2012 09: 58

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: PACIENTE POSTPARTO DE LAS 8: 10 AM EN EL MOMENTO CON MAREO Y SED

Objetivo: PULSO 110, PA 70/42, SANGRADO VAGINAL MODERADO, UTERO BIEN CONTRAIDOSE REALIZA MASAJE UTERINO BIMANUAL OBTENIENDO SANGRADO MODERADO SIN COAGULO.

Análisis: PACIENTE QUE PERSISTE CON SANGRADO VAGINAL MODERADO, UTERO TONICO. EN EL MOMENTO CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION. SE ORDENA TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS Y 1000CC DE SOLUCION SALINA 0.9% TIBIOS A CHORRO

Plan: TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS
1000CC DE LÍQUIDOS TIBIOS A CHORRO
SONDA VESICAL A CISTOFLO
O2 POR CANULA A 3 LITROS
CANCELAR TRASLADO A PISO
NADA VIA ORAL POR AHORA

* 25.09.2012 10: 22

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo:

Objetivo: MUY DIFICIL EL ACCESO VENOSO, SE LOGRO COGER UNA VENA PERIFERICA, SE INICIO PASO DE LÍQUIDOS, PARA CONTINUAR CON LOS GLOBULOS ROJOS, PA: 94/53, P: 101 PSO2.100% CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 L/MIN, SE ESTA INTENTANDO COLOCAR CATETER YUGULAR. UTERO BIEN CONTRAIDO, CON POCO SANGRADO VAGINAL OSCURO.

Análisis:

Plan: IGUAL

PENDINETE RESULTADO DE PARACLINICOS SOLICITADOS

* 25.09.2012 11: 35

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: DESCRIPCION PROCEDIMIENTOS

Objetivo: PACIENTE QUE SE TORNA HIPOTENSA LUEGO DE LA ATENCION DE PARTO POR MORTINATO, SECUNDARIO A ABRUPTIO DEL 50%, SE ACTIVA CODIGO ROJO, INICIANDOSE TRANSFUSION DE 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS, SE PASA A QUIROFANO PARA CATETER VENOSO CENTRAL, PACIENTE MUY INQUIETA, DIFICIL DE CANALIZAR, POBRES ACCESOS VENOSOS Y LOS QUE SE TIENEN LA PACIENTE SE LOS QUITA POR MOVIMIENTOS, NO SE IDENTIFICAN VENAS. SE PASA A QUIROFANO, PERMANECE CON SANGRADO VAGINAL MODERADA CANTIDAD, UTERO CONTRAIDO DURANTE TODO EL TIEMPO, NO ES ATONIA UTERINA, SIN EMBARGO SE HACE MASAJE

UTERINO CONTINUO, CON MUY POCOS COAGULOS, NO SE EVIDENCIAN DESGARROS DE MUCOSA, Y EL QUE TIENE ESTA CORREGIDO CON CROMADO 2-0. BAJO ANESTESIA GENERAL SE PASA CATETER VENOSO CENTRAL TRILUMEN, SE REALIZA ECOGRAFIA TRANSABDOMINAL EN LA CUAL NO SE EVIDENCIA RUPTURA UTERINA, ENDOMETRIO SIN COMPROMISO, SE DESCARTA ESTA CAUSA DE SANGRADO SE REALIZA REVISION UTERINA NO HAY DESGARROS DE CUELLO, NI PARED ANTERIOR NI POSTERIOR DE MUCOSA. PERMANECE CON SANGRADO, SE PIENSA EN ESTADO DE COAGULOPATIA.

TP: 16.4

INR: 1.17

TPT: 42,7

RBC: 3,84

HB: 9,5

VCM: 74

HBCM: 24,7

WBC: 15.07

PMNN: 77%

PLAQUETAS: 146,000

POLICROMATOFILIA, MICROCITOS

PENDIENTE RESULTADOS DE CONTROL TOMADOS A LAS 10 AM.

Análisis: PACIENTE CON DETERIORO RAPIDO POSTPARTO, MORTINATO SECUNDARIO A ABRUPTIO DEL 50%, SE TORNA HIPOTENSA, SE ACTIVA CODIGO ROJO, POSIBLEMENTE COAGULOPATIA CONSUMO POR ABRUPTIO-MORTINATO. PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, SE LE INFORMA A MIGUEL (COMPANERO), HIPOTERMICA, COAGULOPATICA, ANEMICA, COAGULOPATIA DE CONSUMO.

Plan: CATETER VENOSO CENTRAL LINEA ARTERIAL

ECOGRAFIA TRANSABDOMINAL

MISOPROSTOL 1000 MCG VIA RECTAL

SE LLAMAN FAMILIARES.

REVISION UTERINA BAJO ANESTESIA GENERAL

SOLICITO PH Y GASES ARTERIALES

OXITOCINA A 150 CC/HORA

* 25.09.2012 12: 07

Tipo: Evolución **Relevante** **Epicrisis:** No

Subjetivo: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SOLICITO PARACLINICOS DE CONTROL.

Objetivo: EN QUIROFANO.

Análisis:

Plan: SOLICITO TP-TPT, FIBRINOGENO, PLAQUETAS, HEMOGLOBINA YA!!!

IONOGRAMA

CREATININA

BUN

PH Y GASES ARTERIALES.

* 25.09.2012 12: 44

Tipo: Interconsulta **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: anestesia

atiendo llamado de enfermería a las 9.40 am por pcte que no ha sido posible lograr acceso venoso en posparto inmediato de postparto

Mortinato con abruptio placentae encuentro pcte en pésimas condiciones grales refiriendo mareo y dolor precordial, sensación de muerte antecedentes cesárea por podalico. resto negativos

Objetivo: pcte con palidez mucocutánea marcada gralizada polipnéica agitada TA72/38 fc 120 fr 24 satO2 91% (fio2 28%) peso aprox 70 kg raza negra no colaboradora moviliza las 4 extremidades confusa cuello corto grueso tráquea central. ruidos cardiacos rítmicos sin soplos taquicárdicos. ruidos respiratorios sin agregados. abdomen con útero umbilical de buen tono sangrado rutilante en región genital , obstetra dice que pcte tiene buen tono uterino sin embargo indica 5 tab de misoprostol. edema grado 1 a 2 en miembros inferiores.

Análisis: pcte ASA V/Vpcte en choque hipovolémico hemorrágico con acceso venoso difícil, se tratan de acceder por líneas venosas periféricas sin éxito por lo cual se decide realizar paso de acceso central en quirófano. durante el transporte se pierde el único acceso venoso periférico. se hace monitoría básica y se procede a inducción con inhalados para realizar intubación endotraqueal con tubo 7 a 22 cm comisura fácil cormack 1 ntp5 cc dentadura intacta auscultación simétrica

Plan: nota procedimientos:

asepsia antisepsia en región cervical y torácica bilateral por técnica de seldinger modificada se pasa catéter de alto flujo sin complicaciones

. se inicia transfusión de hemoderivados (6 unidades de GRE y 6 unidades de PFC) y soporte inotrópico con dopamina 10 mcg/k/min y vasopresor con noradrenalina 0,2 mcg/k/min y reanimación con cristaloides I ringer 3000 cc ssn 2000 cc paso de línea arterial asepsia antisepsia test allen negativo con catéter 20 se canaliza arterial radial derecha sin complicaciones se conecta a monitoría invasiva.

se toman gases arteriales con acidosis metabólica severa por lo que inicio bicarbonato de sodio, pcte en mal estado gral en choque hipovolémico hemorrágico, coagulopatía falla orgánica , pésimo pronóstico. se solicita cama en UCI y se hablará con fliar acompañante

* 25.09.2012 12: 56

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: SALA DE RECUPERACION

PACIENTE DE 29 AÑOS

DIAGNOSTICO

1 POSTPARTO DE LAS 8:10 AM QUINTO PARTO MUERTE FETAL POR ABRUPTIO PLACENTARIO DEL 50%

2 HEMORRAGIA POSPARTO QUE ACTIVO CODIGO ROJO CON POLITRANSFUSION Y AHORA SHOCK HEMORRAGICO, HIPOVOLEMICO SECUNDARIO
3 SOPORTE DE VIA AEREA INTUBADA
4 CID COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA SECUNDARIA
5 ESTADO ACIDOTICO SECUNDARIO
6 TAPONAMIENTO VAGINAL SIMILAR BALON (SONDA + CONDON)
25/9/12 12: 45 HTO 34 HB 11, PREVIA 6,3 DHL 1391 ALT 20 AST 32 TPT PROLONGADO 42 TP 16

Objetivo: MALAS CONDICIONES GENERALES, PA 78/60 MMHG PULSO 116 SATURACION 100% PALIDA, RAZA NEGRA, CONJUNTIVAS PALIDAS, FRIA, SE PONE MANTA TERMICA ANICTERICA, TUBO TOT.

CUELLO ACCESO VENOSO YUGULAR DERECHO

CARDIOPULMONAR RESPIRACION SUPERFICIAL TORACOABDOMINAL

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, UTERO CONTRAIDO SE ESTA REALIZANDO MASAJE UTERINO CONTINUO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GENITALES SE PASO BALON (CONDON + SONDA) TAPONAMIENTO, SE DEJAN GASAS N2 ANUDADAS, SE OBSERVAN LACERACIONES EN LABIOS MENORES QUE INICIARON SANGRADO, EDEMA VULVAR, SANGRADO EN POCA CANTIDAD, INFORMAN PLAQUETAS 580000. ULTIMA PRESION 81/47 MMHG PULOS 118 M SE TRASLADA A UCI

Análisis: POSTPARTO DE LAS 8:10 AM QUINTO PARTO MUERTE FETAL POR ABRUPTIO PLACENTARIO DEL 50% HEMORRAGIA POSPARTO QUE ACITO CODIGO ROJO CON POLITRNASFUSION Y AHORA SHOCK HEMORRAGICO, HIPOVOLEMICO SECUNDARIO CON SOPORTE DE VIA AEREA INTUBADA Y CID COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA SECUNDARIA, ESTADO ACIDOTICO SECUNDARIO + TAPONAMIENTO VAGINAL SIMILAR BALON SE ORDENA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Plan: NUEVOS PARACLINICOS

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

RESERVA DE PLAQUETAFERESIS N 2 , GLOBULOS ROJOS 3 Y PLASMA 3

TRASLADO A UCI

LLAMAN A LAS 13:24 RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E "INFORMAN QUE EL DR ENCARGADO (DR CRUZ) SE ENCUENTRA EN OTRO PROCEDIMIENTO"

* 25.09.2012 14: 40 RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Tipo: Interconsulta **Relevante** **Epicrisis:** No

Subjetivo: Radiología Intervencionista

Pte con idx y ttos anotados.

Objetivo: Se evalúa pte conjuntamente con intensivista y residente de ginecología. Pésimas condiciones generales, con hipotensión sostenida y soporte vasopresos al límite superior, sin sangrado activo abundante en el momento y con balón intrauterino. Ph: 6,7. Pruebas de coagulación prolongadas. Coagulopatía de consumo.

Análisis:

Plan: Estabilizar a la pte hemodinámicamente para llevar a pcdmto ya que en las condiciones clínicas actuales no lo aguantaría.

* 25.09.2012 16: 40

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: OBSTETRICIA...PACIENTE EN ESTE MOMENTO EN REANIMACION CARDIOPULMONAR,

Objetivo: CON SANGRADO VAGINAL "ACUOSO Y OSCURO", ACTIVO, SE REALIZA REVISION UTERINA ENCONTRANDO UTERO COMPLETAMENTE ATONO CON SANGRADO DESCRITO, NODESGARROS VAGINALES PALPABLES, LA PACIENTE HACE NUEVO PARO CARDIACO Y SE INICIA OTRA REANIMACION

Análisis: DE SALIR DEL PARO SE PROGRAMARÀ HISTERECTOMÌA DE EMERGENCIA PARA EVITAR MAYOR PERDIDA SANGUINEA Y DE CUANTO COMO PONENTE SE LE ADMINISTRE, TAMBIEN DE MEJORAR SE APLICARÀ MÀS METILERGOBASINA MUSCULAR Y MISOPROSTOL RECTAL, PERO NO SE PROGRAMA NI SE FORMULA MEDICACION HASTA VER EL RESULTADO DE LA REANIMACION

Plan: MANEJO EN UCI, DE HACERLE HISTERECTOMÌA SE HARÀ EN LA CAMA DE UCI

* 25.09.2012 17: 12

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: ingreso a UCI

29 años

paciente con diagnostico de embarazo 35 semanas, actividad uterina sin foco fetal, signos de desprendimiento parcial de placenta, se evacuó útero x parto vaginal y en sala de recuperación presenta choque hemorrágico, se inicia reanimación ,transfusión y masaje uterino persistiendo hipotensa , anúrica, le colocan balón intrauterino para controlar el sangrado. ingresa desde recuperación de ginecología 14:30 con infusión de dopamina 12 mcg/k/m norepinefrina 1 mcg/K/M, inestable , con control de hb 11, acidosis metabólica compensada e hipokalemia, se continúa con lev a chorro y transfusión de pfc 6 ud y crioprecipitados, presenta asistolia e iniciamos RCCP adrenalina 3 mg, vasopresina 20 ud en bolo, bicarbonato en infusión y salino hipertónico 7,5% 500cc, responde a reanimación inicial y continuamos las infusiones de lev, acido tranexámico 1 gr, vit k y transfusión de 6 ud crioprecipitados y 4 ud de pfc se llama a ginecólogos para revisión uterina

Objetivo: fc 110 pas 90 pad 40 pam 64 spo2 no registra temperatura no registra edema pulmonar por tet , ruidos cardíacos hipofonéticos 80 x min abdomen globoso distendido, con salida de sangre x sng, en punción abdominal líquido hemorrágico x reanimación edema en anasarca pupilas midriáticas , no reactivas (por reanimación)

Análisis: paciente en choque hemorrágico y lesión pulmonar aguda, además de edema x transfusión, en reanimación de choque hemorrágico, con presiones altas en vía aérea que no mejora con ventilación mecánica , en muy malas condiciones con falla renal, hemodinámica

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

CHOQUE HEMORRAGICO

ESTADO POST PARO

ATONIA UTERINA (RESUELTA)

SDRA

Plan: transfundir 4 udfpc, crioprecipitados, 3 gr adrenalina, norepinefrina, vasopresina

* 25.09.2012 17: 38

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: obstetricia

Objetivo: al salir del paro se le colocó la metilergobasina y 5 tabletas de misoprostol rectal y se le realizó masaje uterino externo por 15 minutos, con mejoría del tono uterino y disminución del sangrado.

Análisis: pero entró nuevamente en paro.

Plan: nueva reanimación por parte de UCI

* 25.09.2012 18: 28

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** No

Subjetivo: paciente quien es reanimada con 11 gr, 8 ud pfc , 12 ud crioprecipitados y plaquetaféresis, (transfusión masiva) epinefrina 5 mcg/k/m, norepinefrina 6 mcg/k/m, vasopresina 4 ud/h, masaje cardíaco en 4 episodios de 18 minutos que salieron a ritmo sinusal y en el ultimo episodio de PCR edema pulmonar, sin poder ventilar con ambú, reanimada por 30 minutos con signos de sangrado por fosas nasales y sitios de veno punción (CID) sin poder recuperar ritmo ni presión reanimación desde las 16: 00 hasta 17;50

hora de la muerte 17: 55

en rx de tórax edema pulmonar , infiltrados en 4 cuadrantes, área de neumo pericardio (17: 20); gases arteriales 15: 40; 7,02 pco2 39 po2 230 bic 10 spo2 99% (ingreso); gases venosos 15: 46; 6,98 pco2 52 po2 29 bic 11 apo2 29 %; gases arteriales 17: 15; 6,50 pco2 137 po2 13,7 bic no calculado spo2 no calculado

Objetivo: en paro cardiorespiratorio. Asistolia sin recuperación luego de adrenalina 10 mg cada 3 minutos x 25 minutos, bicarbonato en infusión , noradrenalina 5 mcg/k/m, vasopresina 4 ud/h

Análisis: inestable desde el ingreso a UCI, aumentándose las dosis de vasopresores iniciando transfusión de hemoderivados, con colapso cardiovascular a los 30 minutos de su ingreso, durante la reanimación se evidencio salida del balón intrauterino con aproximadamente 500 cc de sangre rutilante incoagulable, con gran diferencia arterio venosa de oxígeno compatible con embolismo pulmonar mas choque hemorrágico que influyen en la no recuperación de la paciente

Plan: paciente sin identificación, por lo cual no se realiza el certificado de defunción ni el registro del DANE

* 26.09.2012 08: 17

Tipo: Evolución **Relevante Epicrisis:** Sí

Subjetivo: nota aclaratoria.

Objetivo: ver informe de ecografía gestacional realizada ayer en el ingreso de la paciente.

Análisis:

Plan: ecografía realizada ayer.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION:

Pensamos que en este caso hay que mirar la atención desde varias ópticas.

Hallamos manejo sub óptimo: el cual se inició con desestimar las condiciones que presentaba la paciente a saber:

LOS ANTECEDENTES:

1. Multigestante (5 gravideces).
2. Condición social importante manifestada por:
 - a. Baja escolaridad (segundo de primaria);
 - b. Embarazos de 4 padres diferentes.
 - c. Antecedente de Muerte materna en su madre por preeclampsia severa.
 - d. Solo convive con dos de sus dos hijos. (¿Y los otros donde están?)
 - e. Solo dos controles prenatales
3. Antecedente de cesárea por podálica en embarazo previo.

DURANTE LA ATENCIÓN:

4. Diagnóstico de mortinato al momento del ingreso. El cual fue verbalizado por la paciente y comprobado por ecografía.
5. Trabajo de parto precipitado.
6. Traslado a sala de partos de una materna, con estas condiciones, con solo un acceso venoso.
7. Diagnóstico de Abruption placentae del 50 %.
8. Diagnóstico de trabajo: coagulación intravascular diseminada que limitó la posibilidad de otros diagnósticos y su respectiva terapéutica.

ACCIONES SUBÓPTIMAS:

9. El manejo medico inicial post parto, fue similar al de una paciente de bajo riesgo.
10. No se evidencia registro de enfermería de los signos vitales y de las acciones tomadas al momento de percibir la hipotensión, en el postparto inmediato.
11. Hay sub registro de monitorización realizada por el personal médico y no son coherentes los hallazgos descritos en la historia con la evolución de la paciente.
12. Con el diagnóstico de coagulación intravascular diseminada por abruption placentae se instauró manejo y no se plantearon otras posibilidades diagnósticas, limitando la toma de decisiones ante la falta de respuesta clínica.
13. Fue inadecuado, ineficaz e inoportuno el manejo de los accesos venosos.
14. El personal que asistió a la paciente desconocía la disponibilidad Institucional del balón de bakri para el manejo del sangrado post parto.

REPASO DE LAS DEMORAS

TIPO I: Demora para conocer la necesidad de atención de salud (relacionado con falta de información sobre complicaciones del embarazo, el alumbramiento y las señales de peligro)

TIPO II: Demora en las decisiones para procurar atención (Relacionado con factores socioculturales y económicos)

TIPO III: Demora en la selección de una institución de salud que ofrezca la atención necesaria y de llegar a la misma (relacionado con la disponibilidad de establecimientos y la facilidad de acceso a los mismos)

TIPO IV: Demora para recibir un tratamiento adecuado y apropiado (relacionado con la calidad de la atención)

Con las anteriores consideraciones, consideramos que en este proceso de atención se evidencian DEMORAS TIPO I, DEMORA TIPO II, Y DEMORAS TIPO IV.

Para emitir estos conceptos nos basamos en los cuestionamientos que se hicieron del proceso de atención de esta usuaria, de las cuales quedan acciones de mejora, que enuncian en la metodología de espina de pescado, anexa a este informe.

DEMORA TIPO I:

Por ser una paciente que percibiendo la carencia de movimientos fetales, tarda aproximadamente 24 horas en consultar a institución de salud, para exponer lo percibido, pudiendo ser este uno de los factores contribuyentes a que se establezcan de manera temprana mecanismos que produjesen alteraciones de los mecanismos de la coagulación. Aunado a esto, se encuentra que solo recibió dos controles prenatales.

DEMORA TIPO II:

Aunque no son tan evidentes, asumimos que si las hubo, y para respaldar este motivo, partimos de la base, de cuatro padres distintos de sus hijos, residencia (Villa del Socorro), y gran multi con solo 29 años de edad.

DEMORA TIPO III:

Pensamos que hay demora por seleccionar la IPS que le pudiese brindar atención a su necesidad. No sabemos como estaba su acceso, pero por sus condiciones socio-económicas asumimos que igual esto se pudo haber configurado.

DEMORA TIPO IV

1. Manejo subóptimo: subvaloración de las condiciones del ingreso, parto y post parto.
2. Demora en el reporte de exámenes de laboratorio.
3. Aproximación diagnóstica subóptima que limitó la toma de decisiones terapéuticas radicales.
4. Limitaciones en el registro de información sobre la atención brindada por el personal médico y de enfermería durante la atención de la usuaria, evidenciado en la falta de registros de signos vitales y las acciones emprendidas al encontrar signos de alarma,

5. Seguimiento inadecuado por el personal de apoyo: canalización de un solo acceso venoso, demora en canalizar acceso venoso cuando se dañó el único que poseía la usuaria.

EVITABILIDAD:

Consideramos que es una muerte materna evitable.

Desde las campañas de sensibilización, y planificación familiar; campañas que al parecer no fueron eficaces, porque no lograron que una paciente de estas condiciones precarias sociales evitara el embarazarse,

Una vez embarazada, no acudió a los servicios de salud, con la regularidad que un control de embarazo amerita.

Hay también que hacer llamado de atención a que los servicios de primer nivel para control prenatal, no hacen búsqueda activa de las embarazadas, porque si se llevara registro adecuado, habría advertido de alarmas en lo relacionado al incumplimiento de sus controles.

En el tercer nivel de atención evidenciamos manejo subóptimo ya relacionado.

ASISTENTES:

Dr. Carlos Alonso García B.	Director de Clínicas Quirúrgicas
Dr. Flor del Valle	Gineco-obstetra.
Dr. Camilo Guerra	Gineco-obstetra.
Dr. Natalia Sánchez	Gineco-obstetra.
Dr. Gustavo Ceballos	Gineco-obstetra.
Dr. Juan D Cuartas	Gineco-obstetra.
Dr. Alejandro Colonia	Gineco-obstetra.
Dr. Luis F Escobar	Gineco-obstetra.
Dr. Diego Gaviria	Gineco-obstetra.
Dra. Zulma García	Gineco-obstetra.
Enf Ligia Maria Zapata	Coordinadora ve



ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD MATERNA

PACIENTE: MARIA CELENA ASPRILLA CARABALLO
TI - 1077461394 EPISODIO: 406558
EDAD: 16 AÑOS FECHA: 19/08/2011

Admisión : 01.02.2012 Episodio: 406558 Cama: CT-UCI12

Motivo de Consulta : REMITIDA DE QUIBDO

Causa Externa : Otra

Finalidad de la Consulta : Atención del Recién Nacido

Enfermedad Actual : PACIENTE DE 16 AÑOS, RESIDENTE EN PUERTO ALEGRE BAUDO MEDIO REMITIDA DEL CHOCO, HOSPITAL SAN FRANCISCO INFORMANTE LA MADRE DE LA PACIENTE , PORQUE LA PACIENTE LLEGA INTUBADA PACIENTE DE 16 AÑOS, PRIMIPARA, NO HIZO CONTROLES PRENATALES HACE 1 MES, DESDE PRINCIPIOS DE ENERO ESTABA CON FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DEPOSICIONES DIARREICAS EN 6 OCASIONES LA DIA, TOS, EXPECTORACION AMARILLA, AL PARECER RESFRIADO COMUN, ENERO 15 / 2012 PRESENTO PARTO VAGINAL DE MORTINATO ,ATENDIDO EN CASA POR LA MADRE , DESCRIBE LA MADRE QUE LA PLACENTA SALIO COMPLETA,PERSISTIO ENFERMA, LA LLEVO AL MEDICO, A LOS 6 DIAS , APROXIMADAMENTE EL 21 DE ENERO, REMITIDA AL HOSPITAL DE QUIBDO, DONDE ESTUVO EN LA UCI HASTA HOY. SEGUN DATOS DE REMISION PRESENTO EPSODIO CONVUSIVO,SECRRECION VAGINAL FETIDA, EDEMA GENERALIZADO, Y DISTENCION ABDOMINAL, POR DETERIORO DE SUS CONDICIONES, POR CARECER DE MEDIOS PARA REALIZAR GASES ARTERIALES, LA REMITEN DIAGNOSTICOS DE REMISION: **SEPSIS DE ORIGEN GINECOLOGICO ENDOMETRITIS POST PARTO INJURIA RENAL AGUDA DESCARTAR TROBOSIS DEL SENO CARVERNOS NEUMONIA LOBAR IZQUIERDA SINDROM CONVUSIVO** LE APLICARON VANCOMICINA 500 MILIGRAMOS CADA 12 HORAS, MEROPENEN 500 MG CADA 12 HOARS CEFTRIAXONA 1 GRAMO CADA 12 HORAS RAYOS X : REPORTADOS DERRAME PLAEURAL, INFILTADOS MASIVOS EN HEMITORAX IZQUIERDO SE EVALUA **PACIENTE SE ENCUENTRA INTUBADA, CON DISTENCION ABDOMINAL, TACTO VAGINA EDEMA DE DE GENITALES, TACTO VAGINAL CON SECRRECION FETIDA, CERVIX PERMABLE SE PASA PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS,SE ENTREGA DR JAIME PAULIER SE INFORMA A LA MADRE SEÑORA LUZ NEREIDA APSRILLA EL ESTADO TAN DELICADIO DE LA PACIENTE.**

Cabeza : NORMAL

Cara : EDEMA BIPARPEBRAL

ORL : NO SE PUEDE EVALUAR

Cuello : NORMAL

Tórax y Mamas : RUIDOS CARDICAOS TAQUICARDICO, NO EVALUO PULMONES POR LAS CONDICIONES DE LA PACIENTE

Abdomen : DISTENDIDO,

Genitourinario : GENITALES EXTERNO EDEMA, LABIOS, TACTO VAGINAL VAGINA

HIPERTERMICA,SECRECION SEROPURULENTA FETIDA

Extremidad : EDEMA GRADO II

Neurológico : NO SE PUEDE EVALUAR PORQUE ESTA INTUBADA

Otros Hallazgos : PACIENTE QUE INGRESA INTUBADA

Análisis y Conducta

SE EVALUA PACIENTE SE ENCUENTRA INTUBADA, CON DISTENSION ABDOMINAL, TACTO VAGINA EDEMA DE DE GENITALES, TACTO

VAGINAL CON SECRECION FETIDA, CERVIX PERMABLE SE PASA PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS,SE ENTREGA DR JAIME

PAULIER SE INFORMA A LA MADRE SEÑORA LUZ NEREIDA APSRILLA EL ESTADO TAN DELICADIO DE LA PACIENTE

Diagnósticos de Ingreso

01.02.2012 15:36

J159 NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

25.02.2012 14:07

K659 PERITONITIS, NO ESPECIFICADA

17.02.2012 15:52

G405 SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES

01.02.2012 15:36

O85X SEPSIS PUERPERAL

Diagnósticos de Egreso

01.02.2012 15:36

J159 NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

25.02.2012 14:07

K659 PERITONITIS, NO ESPECIFICADA

10.03.2012 08:35

K316 FISTULA DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO

10.03.2012 08:33

B377 SEPTICEMIA DEBIDA A CANDIDA

10.03.2012 09:28

B375 MENINGITIS DEBIDA A CANDIDA (G02.1*)

17.02.2012 15:52

G405 SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES

10.03.2012 08:35

N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

01.02.2012 15:36

O85X SEPSIS PUERPERAL

01.02.2012 16:24

Tipo : Evolución **Relevante Epicrisis** : No

Subjetivo : INGRESO UCI

1.#Sepsis severa de origen pélvico vs pulmonar.

2.#Endometritis postparto.

3.#Síndrome neurológico en estudio.

Traída por médico de transporte que refiere parto vaginal con mortinato hace un mes y tres semanas después fiebre, sintomatología respiratoria, dolor pélvico y sangrado vaginal fétido, remitida de pie de pato al Hospital de San Francisco, refieren tratamiento en esta institución con meropenem mas vancomicina , sin mejoría, hoy con deterioro del estado de conciencia y crisis ictal, colocan catéter central y punción lumbar que describen como líquido claro, en Rx. de tórax control encuentran consolidación basal derecha, llega a esta institución intubada, con infusión de norepinefrina. Entre los paraclínicos trae hemoparásitos negativos, creatinina: 1.84, BUN: 76.5.

Objetivo : No localiza estímulos, quemosis, glucometría 96, T: 38.4, TAM: 69, Fc: 154, sinusal, PVC: 13, catéter subclavio bilumen derecho, tubo endotraqueal número 7 fijado en 22 cm, campos pulmonares con crépitos bibasales, cardiacos sin s3, abdomen distendido, con peristalsis disminuida, edema de genitales, loquios fétidos, extremidades con edema.

Análisis: Paciente con sepsis severa, por ahora como posibles focos pélvico y/o pulmonar , dado la escasa mejoría en la otra institución hace 48 horas iniciaron vancomicina y meropenem, por ahora no retiro esta medicación, hasta resultados de cultivos y orientación imagenología respecto a foco, adicionalmente necesita TAC cerebral el cual no se realizó antes de ingreso a UCI ya que la paciente se encontraba en sala de obstetricia sin posibilidad de ventilador mecánico.

Plan : 1.#Meropenem mas vancomicina.
2.#Paraclínicos. (Sat. venosa central).
3.#Ecografía pélvica urgente.
4.#Rx de tórax.

01.02.2012 17:15

Subjetivo : UCI TARDE

Análisis : Rx de tórax:

Derrame izquierdo organizado.

Gases arteriales: acidosis metabólica parcialmente compensada, Ph: 7.21, BE: -14, Sat venosa central: 79.1, extracción: 19%. Eco pélvica: útero involucionano, escasos restos placentarios. Se considera foco de origen pulmón, por ahora dejo dosis meningeas ya que no se descarta compromiso infeccioso de SNC, se hace prueba con bolo para evaluar respuesta de taquicardia a pesar de sat venosa y de extracción adecuada y se solicita ecografía pleural izquierda mas posible punción.

01.02.2012 17:46

Análisis : Se identificó el foco de infección, se reajustan dosis de meropenem y vancomicina y por ahora no descalo ya que se sospecha pneumonia asociada al cuidado de la salud.

01.02.2012 21:28

Subjetivo : Obstetricia.

enterado de la historia, paciente con diagnóstico de sepsis, historia de parto domiciliario hace 15 días, en el momento con diagnóstico de empiema secundario a neumonia. En ecografía reportan "posibles restos" e informan sangrado vaginal mal oliente

Objetivo : Ezámen ginecológico: se aprecia labio mayor izquierdo edemantizado, vagina aspecto limpio, no se evidencia sangrado activo, realizo tacto vaginal palpo cuello largo duro aún permeable a un dedo, obtengo poco material hemático no mal oliente, decido tomar muestra con cánula # 6 la cual se pasa previa

aplicación de espejulo, se obtiene muestra para directo y gram, cultivo y anatomía patológica
Análisis : por el poco espesor del endometrio y el escaso sangrado considero que no se trate de restos placentáreos, se espera la evolución del manejo antibiótico iniciado y el resultado de patología

02.02.2012 10:31

Subjetivo : UCI DIA

Análisis : en acidosis metabólica con retención de azoñados sin ascenso de creatinina, oligúrica, mantiene pvc en 9 , con aumento de líquidos endovenosos, en balance positivo. en el examen del líquido pleura gram sin identificación de bacterias, en tto empírico con vancomicina meropenem en espera de resultados de cultivos

Plan : 1.- reposición de potasio 40 meq de cloruro de potasio

2.- bicarbonato bolo de 50 cc

3.- furosemida 20 mg

4.- gases art istat 11:00 y rx de torax

02.02.2012 12:07

Plan : ic nefrología

02.02.2012 17:57

Tipo : Interconsulta **Relevante Epicrisis** : No

Subjetivo : CIRUGÍA DE TÒRAX

Análisis : EMPIEMA IZQUIERDO, ECO REPORTA TABIQUES, EN RX SE DE ASPECTO LIBRE, SE PROGRAMA TORACOSTOMÍA, TAC MAÑANA (CONTRASTADO SI MEJORA BUN Y CREATININA NORMAL), SI PERSISTE EFUSIÓN TABICADA SE REALIZARÀ TORACOSCOPIA.

Plan : TORACOSTOMÍA

TAC CONTRASTADO O SIMPLE

02.02.2012 18:44

Subjetivo : CIRUGÍA DE TÒRAX

Objetivo : NOTA PROCEDIMIENTO

Análisis : SE REALIZA TORACOSTOMÍA POR 7 EII CON LMA, SE EXTRAEN 6000CC DE PUS FRANCA, QUEDA CONECTADO A ATRIUM, OSCILANDO, SIN FUGA AÈREA

Plan : SEGÙN DRENAJE, REEXPANSIÒN Y TAC SE DEFINIRÀ SI REQUIERE MANEJO QUIRÙRGICO ADICIONAL

02.02.2012 23:51

Análisis : Paciente con notoria mejora de la oxigenación luego de la inserción del tubo a tórax, los paraclínicos evidencian una acidosis hiperclorémica compensada por lo que se cambian LEV a solución de bicarbonato normal

(148 mEq/l), se inicia dosis bajas de diurético para redistribución hídrica.

03.02.2012 07:29

Subjetivo : Cirugía de Tórax

Plan : Se programa para pleurectomía y decorticación por toracosopia urgente como urgencia

por sepsis persistente a pesar del drenaje por tubo

03.02.2012 09:42

Subjetivo : NEFROLOGÍA: INTERCONSULTA: FEBRERO 3 2012

Análisis : OPINIÒN.

Paciente 16 años postparto, sospecha de endometritis postparto, sepsis secundaria, además con neumonía severa adquirida en comunidad complicada con empiema; además con injuria renal aguda con gasto urinario < 0.5 cc/kg/hora en 48 horas de seguimiento con balance hídrico positivo y acidemia metabólica refractaria a tratamiento, ante esto se hace urgente inicio de terapia de reemplazo renal tipo hemodiálisis

04.02.2012 20:32

Análisis : Paciente que se aprecia mas alerta, en fase de despertar, ha disminuido la tensión en abdomen pero persiste con intolerancia, se solicitan paraclínicos de control ahora.

Continuamos el plan actual de manejo.

07.02.2012 10:08

Análisis : OPINIÒN.

Paciente 16 años postparto, sospecha de endometritis postparto, sepsis secundaria, además con neumonía severa adquirida en comunidad complicada con empiema, hace injuria renal aguda oligúrica y necesidad de soporte dialítico; ahora meningitis posiblemente bacteriana; desde el punto de vista renal persiste oligúrica pero con pérdidas extrarrenales altas que la llevan a balance neutro, nuevamente en acidosis metabólica..

08.02.2012 07:59

Análisis : K: 3.13, Na. 126, resto de ionograma normal, plt: 48000, creatinina: 1.2, hB: 9.9, Leu:19930, acidosis mixta, PaFi: 141.

Paciente con distensión abdominal importante que limita la ventilación evidenciado por bajos volúmenes espiratorios e incremento de CO₂, la TAC muestra líquido significativo libre en cavidad abdominal, por lo anterior se procede a paracentesis evacuadora previa colocación de plaquetas. Preocupa linezolid, pero dado que se sospecha infección de SNC de origen comunitario por vía hematogena a partir de pulmón debe quedar cubierta con el meropenem

08.02.2012 12:07

Subjetivo : CIRUGIA GENERAL

Análisis : Paciente con dx anotados, con ascitis multifactorial que le puede estar causando un íleon, sin signos de peritonitis ni de obstrucción intestinal. Sugiero paracentesis y estudio del líquido. Por ahora NO es quirúrgica.

09.02.2012 14:57

Plan : CORRECCION DE SODIO

10.02.2012 09:18

Plan : INICIO TROMBOPROFILAXIS

PASO DE Sonda vesical y cuantificación de orina para 24 horas. Continúa corrección de sodio.

12.02.2012 10:50

Subjetivo : UCI DIA

11 días en uci

Diagnósticos:

1. Neumonía severa complicada con empiema izquierdo (cultivo negativo)
2. IRA AKIN 3 (por gasto urinario) en hemodiálisis intermitente
3. Síndrome convulsivo
4. Meningitis bacteriana
5. Ascitis (anasarca)
6. Puerperio tardío.

Análisis : en anasarca, con ascitis a tensión, estado neurológico sin cambios, localiza dolor, no atiende al llamado, con episodios de gágitación y desacople de la ventilación mecánica, le asocio clonazepam 2 mg cada 8 horas

12.02.2012 21:48

Subjetivo : UCI NOCHE

Análisis : paciente con sírs sin aislamiento bacteriano en los cultivos tomados con cobertura empírica linezolid-meropenem 6 días, llama la atención líquido ascítico exudado muy turbio, peritonitis? por presentar encefalopatía x meningitis y sepsis y ventilación mecánica prolongada le informe en horas de la tarde a la mamá las condiciones de la paciente y le solicito consentimiento para realizar tqt (tiene consentimiento informado)

13.02.2012 09:01

Subjetivo : UCI NOCHE

Plan : INICIO FLUCONAZOL.

14.02.2012 09:41

Subjetivo : UCI NOCHE

Análisis : evolución torpida; febril a pesar de cobertura de amplio espectro, hemocultivo y líquido ascítico sin crecimiento bacteriano, cubierta con fluconazol para blastoconidias en catéter subclavio derecho que ya se retiró. en general encefalopática, séptica en anasarca por hipoalbuminemia, disfunción renal y sepsis

16.02.2012 10:56

Análisis : Problemas:

- Paciente que completa 15 días de tto empírico antibiótico de amplio espectro para NAC + empiema y meningitis, sin mejoría clínica, ayer se cultivó *Candida tropicalis* y *S. maltophilia* para lo cual se inició tto. Esto podría explicar la persistencia del SRIS. Sin embargo queda por aclarar endometritis con restos en útero según ecografía, cultivos luego negativos pero no tenemos controles y hoy se evidencia secreción purulenta. Además colección residual en tórax que se observa en el TAC del 08, con tabicación que podría corresponder a empiema residual. Además llama la atención la severa ascitis que podría estar en asociación con Kwashiorkor, pero que obliga a descartar ante la presencia de cultivos negativos en pleura y LCR, la presencia de inmunosupresión grave asociada, neoplasia o TBC. No hay en imágenes adenopatías, VIH negativo y estamos a la espera de 3 cultivos para micobacterias de pleura y LCR en proceso en este momento.
- Estatus convulsivo persistente con un pronóstico neurológico por establecer

- Disfunción multiorgánica persistente, deterioro renal que no ha Mejorado

16.02.2012 22:42

Subjetivo : NEUROLOGIA

Análisis : CRIPTOCOCOSIS SISTEMICA POLINEUROPATIA VS MIELOPATIA ALTA
INMUNODEFICIENCIA

Plan : EVALUACION POR INFECTOLOGIA RMN CEREBRAL Y COL CERVICAL EMGVC EN 4
EXTREMIDADES DEFINIR USO ANFOTERICINA PARA CRIPTO

16.02.2012 23:32 GINECOLOGIA

Subjetivo : SE EVALUA PACIENTE POST PARTO.
RELATAN FLUJO PURULENTO.

Objetivo : SE EVALUA PACIENTE CON ABDOMEN DISTENDIDO SANGRADO ESCASO VAGINAL
NO FETIDO NO FLUJO NO PUS. SE PRACTICA ECO ABDOMINAL CON ASCITIS ABUNDANTE
LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD. ECO TRANSVAGINAL UTERO PEQUEÑO INVOLUCIONADO DE 76,7
X 48,6MM SIN RESTOS EN SU INTERIOR. SOLAMENTE ASCITIS CON ABUNDANTE LIQUIDO LIBRE
EN CAVIDAD,NO SALE FLUJO NI PUS.

Análisis : SEPSIS

18.02.2012 09:16

Subjetivo : uci

Análisis : paciente con criptococosis meningea y enfermedad invasiva x candida, con fungemia,
compromiso meningeo, pleural, peritoneal. viene en tto con fluconazol segun sensibilidad,
afebril, rfa en descenso. se adiciona anfoB x el criptococo

18.02.2012

Tipo : Evolución **Relevante Epicrisis** : No

Subjetivo : reporte de antígeno para criptococo en LCR negativo. se suspende anfoB.

20.02.2012 11:26

Subjetivo : CIRUGIA DE TÒRAX

Análisis : REQUIERE NUEVA TORACOSCOPIA IZQUIERDA, SE DISCUTE CON UCI, SE PROGRAMA

24.02.2012 17:44

Subjetivo : UCI TARDE

Análisis : paciente con signos de fatiga respiratoria en aprv, hipoxemia. se deja en modo vcv,
se dreno 3000 cc de liquido peritoneal purulento y reponemos albumina ev.
se solicita tac de abdomen total contrastado

25.02.2012 13:28

Subjetivo : CIRUGIA GENERAL -NOTA OPERATORIADIAGNOSTICO PRE Y POS QUIRURGICO:
PERITONITIS SECUNDARIA ,ABDOMEN BLOQUEADO PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA
EXPLORADORA ,LAVADO PERITONEAL POS QUIRURGICO ,CIERRE TEMPORAL CON SISTEMA AL
VACIO

Análisis : PACIENTE CON PERITONITIS SECUNDARIA ,NO SE ENCUENTRA PERFORACION DE
VISCERA HUECA ,ABDOMEN COMPLETAMENTE BLOQUEADO

26.02.2012 11:22

Subjetivo : UCI DIA

Análisis : -persiste fungemia , se inicara equinocandina (ecalta) cultivos en 48 horas
- se continua reanimacion volumetrica por acidosis metabolica asociada control gasimetrico en la tarde y trasfusion de 2 ugres por hgb 6,7
- plan de lavado quirurgcio mañana

29.02.2012 19:53

Subjetivo : UCI NOCHE.

Análisis : Se encontro fistula intestinal, se coloca nuevo viaflex, por ahora igual plan.

01.03.2012 17:29

Análisis : Se da informacion a la madre de la paciente y a religiosa quien por ahroa esta acompañando a la mamá de la paciente. Paciente ahora acoplada al ventilador, èro sin repuesta neurológica adecuada, sin fiebre. Se esperan EE mañana

06.03.2012 09:16

Subjetivo : UCI

Análisis : viene afebril, con pcr en descenso, focos infecciosos controlados, se desmonto vasopresor, antibioticos de acuerdo a germenes aislados, en espera de cultivo de liq peritoneal tomado ayer. sigue en status convulsivo en EEG, con niveles subterapeuticos de valproato, se aumenta dosis. niveles adecuados de fenitoina. parametros ventilatorios altos x hipoxemia, rx con sobrecarga, sigue con diuretico y se concentraran infusiones, desmorte de peep. explico a la madre evolucion.

08.03.2012 09:57

Subjetivo : CIRUGIA GENERAL

Análisis : malas condiciones generales, critica con necesidad de soporte ventilatorio sin soporte vasoactivo, con soporte nutricional. aun con fistula intestinal para estudio una vez compensada. por nuestra parte continua igual

09.03.2012 13:56

Subjetivo : fisiatría

Análisis : paciente con encefalopatía sin respuesta a estímulos solo apertura ocular sin conexión (coma vigil).

09.03.2012 18:47

Subjetivo : UCI

Análisis : Paciente que se tornò hipotensa, se le pasaron 2 bolos de cristaloides sin mejoría, se inicia dopamina

10.03.2012 06:06

Subjetivo : UCI

PRESENTA RITMO DE LA UNION Y BRADIASISTOLIA, SE REALIZA RCCP, SIN RESPUESTA A PESAR DE MEDIDAS HIPOKALEMIANTES , PACIENTE SIN RESPUESTA DE RECUPERACION A PESAR DE DOSIS ALTAS DE VASOPRESORES Y MASAJE CARDIACO, FALLECE 6:00

Objetivo : X

Análisis : paciente con sepsis y falla renal ,quien presento hiperkalemia, se iniciaron medidas hipokalemiantes y antiarritmicas con poca respuesta al manejo, muy inestable con altas dosis de vasopresores,presento ritmo de la union ((actividad electrica sin pulso) se inicio rccp sin respuesta , fallece a las 6:00

Plan : 1. notificar a la madre de la paciente

Oportunidad en el atención:

MUERTE MATERNA INDIRECTA

REVISADO EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL HGM, NO HALLAMOS REFERENTE A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA ALGO DE RELEVANCIA.

VEMOS ESO SI UNA MUY BUENA OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE PARTE DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD (CIRUGIA GENERAL, NEFROLOGIA, CIRUGIA DE TORAX, ANESTESIA, NEUROLOGIA, MEDICINA CRITICA, FISIOTERAPIA, IMAGENOLOGÍA), SE PUEDE APRECIAR QUE HAY UNOS MUY BUENOS TIEMPOS DE RESPUESTA A LAS INTERCONSULTAS QUE CON OCASIÓN DE ESTE PROCESO DE ATENCIÓN SE SOLICITARON.

SOMOS CONOCEDORES DEL ESTADO SEPTICO DE ORIGEN NO OBTETRICO (RIESGOS BENEFICIOS), Y QUE FUE EL RESULTADO DE UN MANEJO INICIAL BRINDADO EN QUIBDO QUE NO LOGRÓ LOS OBJETIVOS, Y EN VISTA DE LA NO ESPERADA EVOLUCIÓN, ES CUANDO SE DECIDE REMITIR A ESTA PACIENTES, QUIEN AL MOMENTO DE SU LLEGADA PRESENTA UN CUADRO SEPTICO MUY PROBABLEMENTE DE ORIGEN PULMONAR, CON COMPLICACION QUE INVOLUCRO AL SISTEMA URINARIO ALTERANDO FINALMENTE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SE EVIDENCIA QUE AL MOMENTO DEL INGRESO YA HAY REPERCUSION DE POR LO MENOS TRES ORGANOS BLANCOS (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SISTEMA RESPIRATORIO Y SISTEMA URINARIO)

EL CUADRO DE SEPSIS FUE DE TAL MAGNITUD QUE EN OCASIONES SE PENSO EN INMUNOSUPRESION Y ANTES ESTA SITUACIÓN SE INSTAURO MANEJO PARA TRATAR DE RESTABLECER ESTA ORGANODINAMIA, Y QUE INCLUSIVE COBIJO EL USO DE ANTIMICOTICOS DE ULTIMA GENERACION SIN OBTENER EL RESULTADO ESPERADO.

LA PACIENTE CONTINUA HACIENDO ALTERACIONES HIDROELECTROLITICAS, QUE TERMINAN GENERANDO CUADRO HIPOCALEMIA, HACIENDO UN RITMO DE UNION, BRADISTOLIA QUE NO RESPONDIERON AL MANEJO CON VASOPRESORES NI CON REPOSICION DE POTASIO Y TERMINA FALLECIENDO EL 10 DE MARZO A LAS 06:00 HORAS

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

NIVEL DE COMPLEJIDAD ALTA: POR LOS HALLAZGOS CONSIGNADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN CONSIDERAMOS QUE EL MANEJO FUE ADECUADO Y QUE SE BRINDÓ CON OPORTUNIDAD, ACORDE EVOLUCIONABA LA PACIENTE; PARA ELLO LA INSTITUCIÓN DISPUSO DE LOS RECURSOS REQUERIDOS SEGÚN LA COMPLEJIDAD DE LA MORBILIDAD QUE ESTA PACIENTE MOSTRÓ DESDE SU INGRESO. LA PACIENTE INGRESA YA CON UN CUADRO SEPTICO INSTALADO, QUE SE MANIFESTÓ POR LOS HALLAZGOS AL MOMENTO DEL INGRESO Y QUE SE PERCIBEN POR EL ESTADO DE LOS REACTANTE DE FASE AGUDA, EL ESTADO INMUNOLOGICO, Y EL ESTADO NEUROLOGICO, RENAL Y SISTEMA RESPIRATORIO.

IGUALMENTE SE HIZO APOYO QUIRURGICO PERO NO DE OBSTETRICIA SINO DE CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA DE TORAX, MEDIDAS QUE EN LA EVOLUCIÓN SE VEN COMO PALIATIVAS, PERO QUE NO LOGRARON OBTENER EL EFECTO DESEADO, SINO QUE PRODUCIERON MEJORAS TEMPORALES, PERO QUE DEMUESTRA QUE SE HICIERON TODOS LOS ESFUERZOS REQUERIDOS Y QUE NO SE ESCATIMO EN GASTOS, TODO TENDIENTE A TRATAR EL AVANZADO ESTADO DE REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA Y ORGÁNICAS QUE HIZO QUE, FINALMENTE TODOS LOS ESFUERZOS FUERAN INUTILES Y NO HABER PODIDO EL RESULTADO OFINAL DE LA ATENCION DE ESTE EVENTO

SE CONSIDERA, QUE EL COMPROMISO DE LA PACIENTE YA ESTABA AVANZADO, PERO SI ENFATIZA QUE SE PUDO HABER BRINDADO UNA MEJOR OPORTUNIDAD EN EL MANEJO MEDICO DE ESTA PACIENTE CONFIGURANDO ASI ENTONCES DEMORAS DE LOS SIGUIENTES TIPOS (PARTO NO INSTITUCIONAL; DEMORA EN ACUDIR A LOS SERVICIOS DE SALUD DEMORA TIPO I; Y DEL TIPO 3 PORQUE SI EN LA E.S.E. DE QUIBDÓ NO TENÍAN TODOS LOS RECURSOS LA DEBIERON HABER REMITIDO CASI INMEDIATAMENTE A UNA INSTITUCION QUE CONTASE CON TODOS LOS RECURSOS.

EVITABILIDAD:

DEFINITIVAMENTE, ESTA PACIENTE SI ERA PARA EL MANEJO EN ESTE TIPO DE ENTIDAD, ESTO SE ENUNCIA PARTIENDO DEL CONCEPTO QUE ERA UNA USUARIA CON UN MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA REPRESENTADA POR CUADRO SEPTICO, QUE SE ASUMIO DE ORIGEN PULMONAR, CON COMPROMISO POSTERIOR EN VARIOS ORGANOS BLANCOS REPRESENTADOS POR EL SNC, SISTEMA CARDIOVASCULAR, SISTEMA INMUNOLOGICO.

NO TENEMOS TODA LA INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION EN EL HOSPITAL DE QUIBDO, PERO SI SABEMOS QUE EL PARTO EN FUE EN CASA ATENDIDA POR SU SEÑORA MADRE, ASI COMO TAMPOCO SABEMOS A CIENCIA CIERTA SI LA USUARIA PRESENTABA UN CASO INICIAL RESPIRATORIO QUE PUDO HABER SIDO CONDICIONANTE DE LA SITUACIÓN FINAL.

PERO PARTIMOS DEL PRECEPTO QUE TODA PACIENTE, CON CUADRO DE SEPSIS, ES EVITABLE CON EL APOYO DIAGNOSTICO Y TECNOLOGICO, QUE ESTE TIPO DE CASOS REQUIEREN PERO QUE SUPONEMOS EN QUIBDO NO DISPONEN DE TODOS LOS RECURSOS

ACCIONES :

8. CURETAJE EN ESTAS PACIENTES
9. LLAMADO A LA IPS REMITENTE.
10. REVISION DIARIA EN LA UCI POR GINECO.
11. ANOTACION EN LA HC DE LA SOLICITUD DE ESTUDIO DE ESPECIMEN EXTRAIDO.
12. ACTIVAR LOS MECANISMOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Asistentes:

- CARLOS HUMBERTO GONGORA DUQUE, INTENSIVISTA
- JUAN DAVID CUARTAS TAMAYO, GINECO-OBSTETRA
- JUAN CARLOS JIMENEZ CALAD, GINECO-OBSTETRA
- FLOR DEL VALLE CALDERON, GINECO-OBSTETRA
- LIGIA MARIA ZAPATA LOTERO, ENFERMERA DEL COVE
- MARIA EUGENIA ZAPATA, COORDINADORA DE ENFERMERÍA
- DIEGO FERNANDO TABARES GRACIANO, JEFE DE QUIROFANOS
- KATHERINE CORREA, JEFE DE ENFERMERIA
- NATALIA SANCHEZ VELEZ, GINECO-OBSTETRA
- ANA MARIA CHARID, JEFE DE ENFERMERIA
- CARLOS ALONSO GARCIA BERRIO. DIRECTOR DE CLINICAS QUIRURGICAS

Acta revisión de caso mortalidad
3/07/13

Resumen y Descripción cronológica del proceso de atención

LUZ EDITH MUÑOZ MUÑOZ

Al ingreso el 29 de junio de 2013: Paciente de 20 años, residente en Necoclí, unión libre hace 4 años, ama de casa, estudio hasta tercero de primaria. A positivo, grávida 3, abortos 0, partos 2, cesárea 0, vivos 2, con ultimo parto el 07/11/2011 sin complicaciones por cardiopatía materna según la paciente.

lleva 6 controles prenatales, con VIH negativo, vdrl reactivo en 2 dils según carné de control prenatal al comienzo de este, según la paciente se le detectó la patología en embarazo previo y fue tratada ella y su pareja, ahora también recibieron ambos tratamiento con tres inyecciones de penicilina benzatínica, no hay reporte de controles posteriores de serología. Con embarazo a hoy de 13/10/2012 36+6 semanas por fum no confiable (planificaba), y de 38 semanas por la primera ecografía del 15/01/2013 (14+4 semanas), 37 por la segunda ecografía que tiene del 23/03/2013 (23 +1 semanas). La paciente dice que desde la infancia sabe que sufre del corazón pero nunca ha estado en seguimiento por esto, según historia clínica de remisión del hospital de Chigorodó con antecedente de tetralogía de Fallot e ICC. ahora remitida por cuadro de 1 semana de evolución de anasarca, malestar general, astenia, adinamia, disnea, tos productiva con expectoración verde según la paciente, además salida de tapón mucoso y actividad uterina. Niega fiebre u otros síntomas. no contacto epidemiológico en el hogar, dice que del 09 - 24 de mayo fue hospitalizada en clínica materno infantil en Montería por neumonía, fue dada de alta con indicaciones pero no sabe que mas. En el momento dice continuar con actividad uterina esporádica, no otros síntomas.

Trae paraclínicos:

- 08/06/2013: hemoglobina 11.02, hematocrito 33.02%, leucocitos 7.510, neutrófilos 49%, linfocitos 31%, plaquetas 227.000, vdrl reactivo en 8 dils, uroanálisis normal.
- 27/06/2013: urea 25.6, vdrl reactivo 2 dils, uroanálisis con proteínas 150m nitrógeno ureico 11.96, hemoparásitos negativos, hemoglobina 11.1, hematocrito 34.4%, leucocitos 5.900, neutrófilos 50%, linfocitos 38.1%, plaquetas 146.000, creatinina 0.77.

En la misma fecha ya en sala de cuidados especiales obstetricia a las 5:02: paraclínicos del 29/06/2013 02:44: tp 13.3m tpt 25.2, plaquetas 147 mil, hemoglobina 10.5, microcítica hipocrómica, hematocrito 32.9%, leucocitos 8.230, neutrófilos 62.4%, linfocitos 29.5%.

Monitoreo fetal categoría I, con FCF basal de 140 minuto, movimientos Fetales presentes, con actividad uterina espontánea de 2 -3 en 10 minutos. Comenzando con patrón contráctil pero sin cambios cervicales, por ahora Continua en monitoreo continuo, pendiente resto de paraclínicos, se le explica a la paciente su condición.

Se atiende PVE el mismo 29/06/2013: con previa asepsia y antisepsia se dirige pujo. a las 07:00 nace bebe de sexo femenino, peso 2716 gramos, talla 46 centímetros, apgar 9/10/10 , Ballard 38 semanas. se seca, se liga, se estimula y se entrega a perinatología, se toma muestra de cordón umbilical para tsh y hemoclasificación. Alumbramiento activo a los 5 minutos, placenta completa tipo Shultze, se extraen coágulos de canal vaginal. Se revisa vaginal y no se encuentran desgarros. No complicaciones. queda con útero contraído

El mismo 29/06/2013 a las 11:31 hs es evaluada por cardiología: paciente de 20 años, múltipara, primer día post parto vértice espontaneo, con antecedente de cardiopatía congénita

cianosante no corregida, con riesgo incrementado de morbimortalidad materna, cardiopatía categoría WHO III, clase funcional NYHA II, en el momento hemodinámicamente estable en el post parto inmediato, requiere monitoreo en el puerperio en UCE-UCI por riesgo de descompensación hemodinámica, vigilancia de signos vitales y oxigenación. una vez garantizada la hemostasia adecuada iniciar profilaxis antitrombóticas por mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas en este periodo en pacientes hipoxémicas. Se revalorara por cardiología con resultado de ecocardiografía tratorácica, o antes a necesidad de especialidad tratante. Se explica a la paciente y a su hermana que la acompaña.

A las 20:56 del mismo 29/06/2013 es trasladada a UCE, con el siguiente análisis por el médico de la Unidad: Paciente de 20 años, múltipara, ya con 2 partos previos vaginales sin complicaciones aparentes primer día post parto vértice espontaneo, dice la paciente que presento sangrado abundante en el momento del parto y luego de este, con antecedente de cardiopatía congénita cianosante no corregida, con riesgo incrementado de morbimortalidad materna, cardiopatía categoría WHO III, clase funcional NYHA II, en el momento hemodinámicamente estable en el post parto inmediato, trasladada a UCE para monitoreo en el puerperio por riesgo de descompensación hemodinámica, vigilancia de signos vitales y oxigenación una vez garantizada la hemostasia adecuada iniciar profilaxis antitrombótica por mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas en este periodo en pacientes hipoxemicas. Se revalorara por cardiología con resultado de ecocardiografía tratorácica, se le explica a la paciente y acompañante procedimiento asegurar

Plan : 1. Admisión UCE

2. Hemograma y gases arteriales

3. Rx torax portátil

Los paraclínicos muestran: Laboratorio: Hb 6.9, leucos: 6.900, N 60, pH 7.4, C02 35, 02 74, HC03 21.5, BE -3.3, PAFI 149, Rx de tórax con infiltrado en la base pulmonar derecha, cardiomegalia, por lo cual se deciden trasfunder 2 U de GR.

La estancia de la paciente en UCE transcurre en condiciones de estabilidad en relación a su cuadro de base, hasta la madrugada del 01/07/2013 a las 06:20 hs, cuando presenta cuadro súbito de adinamia luego entra en paro respiratorio, con actividad eléctrica sin pulso, con jadeo, palidez, Monitor con actividad eléctrica ritmo sinusal por lo cual se procede a iniciar reanimación. Luego de una hora de reanimación y al haber llegado a asistolia se decide suspender reanimación.

En resumen: Paciente de 20 años, ingresa con Embarazo a término por ecografía del primer trimestre y diagnóstico conocido de Tetralogía de Fallot. Tuvo parto vértice espontáneo sin complicaciones el 29 de junio de 2013 a las 7am, con bebé en buenas condiciones. Antecedente de dos partos vaginales sin complicaciones. El 29 de Junio en la noche se documenta anemia, la paciente es transfundida con 2 unidades de glóbulos rojos.

El día 30 de junio la paciente tiene adecuada evolución y el 1 de julio a las 6:20 am presenta disnea, adinamia, palidez y paro cardiorrespiratorio asistido, requirió intubación orotraqueal, líquidos, bicarbonato, desfibrilación, adrenalina, infusión de noradrenalina. Se realizo reanimación durante una hora sin respuesta. La paciente fallece.

CONSIDERACIONES GENERALES EN RELACIÓN AL CASO SEGÚN REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

Guías Europeas de Enfermedad Cardiovascular 2011.

Texto Cardiología Pediátrica Sociedad Colombiana de Cardiología

- La enfermedad Materna Cardíaca complica el 0.2 al 3% de los embarazos.
- La Tetralogía de Fallot representa el 10% de las cardiopatías congénitas en el embarazo.

- Sin tratamiento el 25% de los niños con Tetralogía de Fallot muere en el primer año de vida, 40% estarán muertos a la edad de 4 años, 70% a los 10 años y 95% a los 40 años.
- Esta cardiopatía debe ser corregida antes de la gestación.
- La Clase funcional se relaciona con la mortalidad (Esta paciente durante el Embarazo estuvo en Clase funcional IV).
- En la evaluación de cardiología se anota que es paciente de alto riesgo, y se anota que corresponde al Grupo III de la Organización Mundial de la Salud y se recomienda: Requiere monitoreo en el puerperio en UCE-UCI por riesgo de descompensación Hemodinámica, vigilancia de signos vitales y oxigenación. Una vez garantizada la Hemostasia adecuada iniciar profilaxis antitrombóticas+.
- Tenía 2 predictores de riesgo del Estudio CARPREG: Antecedente de falla cardíaca y Clase funcional > II ó cianosis, lo cual le confería un riesgo de complicaciones cardiovasculares del **75%**.
- En paciente con Síndrome de Eisenmenger (hipertensión pulmonar que se desarrolla en pacientes con cardiopatías congénitas no tratadas, con cortocircuito de derecha a izquierda), el riesgo de mortalidad está entre 20-50%.
- El gasto Cardíaco aumenta durante la gestación, aumentando las posibilidades de descompensación en pacientes con enfermedad cardíaca. Durante el trabajo de parto aumenta 30-40% y en el post-parto 60-80%.
- Son pacientes de alto riesgo pacientes con historia de síncope, disnea severa, dolor precordial (esta paciente tenía historia de disnea severa).
- Son signos sugestivos de Tetralogía de Fallot no compensada la presencia de cianosis, hipocratismo digital, soplo cardíaco, aumento de la presión venosa yugular (todos los cuales presentaba la paciente).
- Se requiere manejo interdisciplinario de estas pacientes (la paciente fue manejada por cardiología, obstetricia, cuidados especiales), el bebé fue evaluado, se le realizó ecocardiografía en busca de cardiopatía congénita de la cual tiene posibilidad hasta del 15%
- La vía del parto preferida es vaginal (la cual fue la vía del parto)
- Estas pacientes requieren monitorización post-parto en Cuidados especiales o Intensivos (la cual se realizó).
- Ameritan trombotoprofilaxis cuando no exista evidencia de sangrado significativo (se inició en el momento oportuno).
- No tenía indicación de profilaxis para endocarditis infecciosa (no recibió antibióticos)

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

- Accesibilidad: Recibida mediante proceso de remisión adecuado sin retrasos en la

aceptación de la paciente.

- Oportunidad de la atención: Desde su ingreso hasta su fallecimiento recibió atención oportuna por los diferentes profesionales y servicios del hospital
- Pertinencia de la atención: Se realizó manejo interdisciplinario de esta paciente (la paciente fue manejada por cardiología, obstetricia, cuidados especiales), el bebé fue evaluado, se le realizo ecocardiografía en busca de cardiopatía congénita de la cual tiene posibilidad hasta del 15%, La vía del parto preferida es vaginal (la cual fue la vía del parto), Estas pacientes requieren monitorización post-parto en Cuidados especiales o Intensivos la cual se realizó, ameritan tromboprofilaxis cuando no exista evidencia de sangrado significativo (se inició en el momento oportuno).
- Calidad de la atención: la atención se brindó cumpliendo con los atributos de calidad del SGSSS.

NIVEL DE COMPLEJIDAD ALTA, MEDIANO O BAJA:

Alta

Evitabilidad:

Se determina muerte Inevitable por factores atribuibles a nuestra Institución.

Acciones : Oportunidades de Mejora

- **Del SGSSS:** Corrección de las cardiopatías congénitas que ameritan intervención durante la infancia, en este caso según información de la familia, a la paciente en su infancia se le propuso corrección quirúrgica, pero la madre no lo permitió.
- Consejería preconcepcional en pacientes con cardiopatía congénita sobre riesgos de la gestación y riesgo de heredar cardiopatía el bebé.
- Uso de métodos de planificación **definitivos** en pacientes con alto riesgo de muerte y complicaciones por su enfermedad cardíaca (esta paciente ya tenía dos hijos).
- Remisión temprana a sitios de alta complejidad con Servicio de Obstetricia, Cardiología Adultos, Cardiología Pediátrica, Neonatología para definir en forma multidisciplinaria, manejo, vía del parto, cuidados e intervenciones a la madre, cuidados neonatales (los hijos de estas pacientes tienen riesgo de prematuridad, bajo peso, muerte fetal, neonatal, riesgo cardiopatías congénitas).
- **De la institución:** Valorar estrictamente factores que puedan desencadenar inestabilidad en pacientes con cardiopatía congénita cianosante tipo Tetralogía de Fallot, como anemia, hipovolemia, infecciones, arritmias, trastornos hidroelectrolíticos.
- Lo ideal en paciente con tetralogía de Fallot es tener un Hematocrito entre 50 . 65%. En caso de anemia se puede presentar una crisis hipóxica por lo tanto es importante su corrección temprana en caso de Hb menor de 12 gm/dl. Hay que vigilar también que el hematocrito no sea mayor del 65% por riesgo de trombosis pulmonar, cerebral,

renal y pérdida fetal, en estos casos debe realizarse flebotomía.

- El bebé requiere ecocardiografía por riesgo de cardiopatía heredada hasta del 15% (la cual se realizó)

CONCLUSIONES

Esta paciente tenía un estado avanzado de su enfermedad, con clase funcional antes del parto IV, saturación sin oxígeno del 68%, hipocratismo digital, cianosis. Con diagnóstico realizado en la infancia. Con predictores de complicaciones cardiovasculares mayores del 75%, con posibilidad de mortalidad hasta del 50%. Por el riesgo alto de complicaciones esta paciente no debió embarazarse. La vía del parto y momento del parto fueron los adecuados. Se consideró desde el ingreso una paciente de alto riesgo, se suministró adecuada oxigenación durante toda la hospitalización, se realizó vigilancia en UCE post-parto, se transfundió en el momento que se documentó la anemia. En el momento del parto se revirtieron las posibles causas y tuvo vasopresores que pudieran disminuir el flujo sanguíneo cardíaco de derecha a izquierda. La trombopprofilaxis se inició cuando había mejorado el sangrado vaginal.

Estas pacientes pueden tener complicaciones como: Falla cardíaca, arritmias, trombosis cerebral, renal, pulmonar, crisis hipóxicas. Por las características del episodio de paro de la paciente, la causa de la muerte pudo tratarse de una crisis hipóxica exacerbada por posible anemia.

Asistentes: (Colocar nombre y cargo)

- Dra Marta Sepúlveda. Directora de hospitalización y UCIs
- Lic. Ligia Zapata. Coordinadora Epidemiología
- Dr. Carlos Andrés Díaz C. Coordinador UCI 2 y UCE
- Dr. Gabriel Mauricio Vélez Ginecólogo
- Dr. Antonio Miranda- Cardiólogo
- Dr. Ana Múnera- Cardióloga Ecocardiografista
- Dr. William Ríos- Md General UCE



ACTA
UNIDAD DE ANÁLISIS
MORTALIDAD
RESOLUCION 710 DEL 2012

Acta revisión de caso mortalidad
3/05/13

Resumen y Descripción cronológica del proceso de atención

KELLY JOHANA PEREA COSSIO

25 AÑOS

CC 1131044039

EP 581594

APACHE 33

FI 15/04/13 17:13 H FIUCI 24/04/13 19:25 H FM 28/04/13 07:25 H 4 DIAS

Paciente procedente de área rural de Certegue (Chocó), secundigestante, pareja actual 9 años, FUM desconocida, sin controles prenatales, remitida sin comentar del hospital de Quibdó con Dx Embarazo de 27 + 2 semanas, amenaza de parto pretérmino, VIH positiva prueba presuntiva. Refiere que desde hace 2 días inicia con actividad uterina, dolor en hipogástrico irradiado a espalda y asociada a flujo vaginal fétido. No síntomas urinarios, ya con dosis de maduración pulmonar. A su ingreso T 36,8 C, TA 85/51, FC 129, FR 14, peso 64 Kg, IMC 25,32, útero grávido, fetocardia 148, sin actividad uterina durante la evaluación, cuello intermedio de 2 cm de longitud, OCI cerrado, blando. Se inicia lamivudina, Zidovudina, lopinavir, ritonavir, sulfato de magnesio en infusión, LEV, dipirona. Lab de las 20:45 reportan Hep B y C negativos, PCR 3,2, citoquímico de orina patológico por la presencia de bacterias abundantes y nitritos positivos con leucocituria. El 16 se suspende sulfato de Mg y se inicia nifedipina, la eco gestacional muestra feto femenino de 26,6 semanas. Evaluada por dermatología documenta tiña cruris y se inicia manejo con clotrimazol tópico. El 17 se decide inicio de ampicilina sulbactam a la espera de urocultivo, además posible cuadro gripal con rinorrea que dificulta la respiración. En la tarde dolor abdominal sin evidencia de actividad uterina o pérdidas vaginales, se inicia bisacodilo con sospecha de constipación. Además taquicardia materna y fetal, se considera asociado a ITU, se solicitan HLG y PCR de control que reportan Hb 9,6 estable sin leucocitosis, PCR 20,3 en ascenso, persiste taquicárdica se decide transfundir 2 U de Glóbulos rojos y continúa monitoreo en sala de parto. Buena respuesta al manejo, FC baja a 100 y hay mejoría sintomática. El 18 Hb de control 11,2, PCR estable, FCF 140, se continúa vigilancia. El 19 nuevamente en regular estado general, adinámica, sin actividad uterina y con movimientos fetales positivos, presenta episodios de emesis, nuevamente FC 112, TA 93/53, FCF 170 sin fiebre al momento del examen, se inicia hidratación vía IV, se solicitan nuevos lab que no aparecen reportados en las notas. en la noche T 38.8 C, sin actividad uterina y con TA normal, signos de deshidratación, se continúa manejo instaurado. El 20 sin notas en la historia clínica. El 21 refiere dolor abdominal intenso, poca actividad fetal, salida de moco sanguinolento vaginal, sin fiebre, FCF 160, puño percusión renal positiva izq, cuello posterior duro y cerrado, sin desaceleraciones, se considera dolor por ITU, posible pielonefritis, se cambia tratamiento a ceftriaxona por sospecha de falla terapéutica, mejoría clínica con analgésicos, FC baja a 88, y se decide traslado a pisos. Sin embargo en la tarde requiere de nuevo traslado a sala de recuperación por presentar dolor abdominal intenso pero sin actividad uterina, taquicardia materno fetal y fiebre, se revisan últimos lab del 19 con Hb 9,7, plaquetas 39000, sin leucocitosis, PCR 22,4, encuentran en regular estado general, se reinicia proceso de hidratación IV, monitoreo materno fetal estricto. En la tarde se decide cambio a cefepime según guías institucionales 2 gramos cada 12 horas, se solicita ecografía renal y de vías urinarias, se continúan analgésicos IV. Además por síntomas respiratorios altos, tos seca y rinorrea se solicita Rx de tórax con protección abdominal, además se encuentra ictericia, se solicitan para la mañana lab de control y pruebas de función hepática, continúa presentando episodios de taquicardia materno fetal. El 22 reportan hemoparásitos en sangre, Bilirrubina total 5,1, PCR 25 en ascenso, leve elevación

de la AST. Se pide gota gruesa. Continúa en regulares condiciones generales, con escalofrío y fiebre, FCF 180, reportan hemoparásitos positivos para *P. falciparum*, 42800 trofozoitos y 600 gametocitos, Hb 8,4, CD4 227, carga viral 38000 copias, se inicia quinina 640 mg cada 8 h, clindamicina 300 mg cada 6 h, se reservan hemoderivados, paso de sonda vesical, se documenta orina escasa y turbia sin sedimento. El 23 plaquetas 49000, mejoría importante en su estado general, normalización de cifras de presión arterial, buena perfusión distal, tranquila, FC 85, sin fiebre, se continúa monitoreo. Sin embargo llama la atención gasto urinario bajo, disfagia, somnolencia ocasional, se aumentan lev de base a 200 cc hora y se solicita creatinina que reporta 0,4. Valorada por medicina interna, solicita IC a infectología por malaria complicada, compromiso renal con hematuria y hemoglobinuria, monitorización de glucometrías, vigilancia de disnea y somnolencia. En la tarde encuentran regular estado general, somnolencia todo el día, persiste oligúrica. Valorada por infectología, encuentran en regulares condiciones generales, febril, reporta eco renal normal, considea SIDA A2, malaria complicada, pielonefritis, se decide cambio de quinina a vía venosa, terapia HAART para disminuir riesgo de contagio del feto durante parto, ajusta dosis de cefepime y solicita hemocultivos que serán reportados negativos. El 24 inicia con episodios de hipoglucemia grave, tinnitus intensos, cefalea, fotopsias aunque mejora diuresis. Con hepatoesplenomegalia dolorosa, Glasgow 14, consideran alto riesgo de preclamsia, se inicia nuevamente sulfato de Mg, se solicita TAC de cráneo y lab de control. Persiste con hipoglucemias graves, valorado por infectología considera cambio a Artesumato por RAM a quinina, sugiere traslado a UCI. En lab de control plaquetas 64000, PCR 25,7 estable, BT 3,2, Hb 6,1, pafi224 con acidosis metabólica, hipocalemia moderada, Mg 9,97, se decide transfundir 3 U de glóbulos y traslado a UCI para vigilancia y monitoreo. A su ingreso a UCI en malas condiciones generales, afebril, mucosas secas, ictericia leve, FR 40, gluco 43, T 35,5 C, hipoacusia bilateral, somnolienta pero orientada. El 25 en mejor estado general, hemoparásitos en descenso, se inicia de nuevo quinina por no disponibilidad de artesunato que al fin se consigue en horas de la tarde. Con balances positivos progresivos, alto requerimiento de Dextrosa por hipoglucemia persistente, se cambia a infusión más concentrada, acidosis hiperclorémica con lactato normal en manejo, diuresis adecuada. En la madrugada del 26 con deterioro acelerado pulmonar, aumento progresivo del trabajo respiratorio, desaturación y taquipnea severas, inminencia de falla respiratoria, se requiere intubación emergente y soporte ventilatorio invasivo, se pone línea arterial, se sospecha neumonía nosocomial, requiere altos parámetros ventilatorios con retención progresiva de CO₂, rx con evidencia de infiltrados mixtos en los 4 cuadrantes, posible consolidación de la base izquierda. Mala mecánica respiratoria, requiere relajación muscular y se inicia soporte con modo ventilatorio APRV para reclutamiento alveolar, hipercapnia permisiva. Diuresis 4,8 cc/kg/h, balance acumulado de 9,5 L, en las últimas 24 h 388 cc, T 39 C, con progresiva mejoría de la respuesta inflamatoria y de los hemoparásitos, regularización de la función renal pero con deterioro grave y progresivo respiratorio, a descartar sepsis nosocomial, neumonía, SDRA, cardiopatía, se solicitan ecocardiograma que reporta FE 55%, hipertensión pulmonar moderada, trastornos segmentarios de la contracción se segmentos basales, reducción del colapso inspiratorio de la vena cava, IC a nutrición para soporte enteral, se inicia linezolid y meropenem hasta cultivos, los cuales serán reportados negativos, se pasa línea femoral venosa para uso de DAD 50%, plan de balances negativos o neutros, valorada por ginecología, no se encuentra actividad fetal ni fetocardia, se confirma muerte fetal mediante examen de perfil biofísico, se inicia inducción del parto. El 27 continúa en malas condiciones generales, disminución de cifras tensionales con caída de la diastólica, se pasan retos de volumen, muy difícil de ventilar, persistentemente febril hasta 39,5, caída de la diuresis 0,35 cc/kg/h, balance + 3182, acumulado + 13,7 L, glucos bien con DAD 50% a 50 cc/h, PCR 37 en ascenso, coagulopatía con INR 1,9, albúmina 2, plaquetas 130000, creatinina 2, Hb 7,7, leucos 13790 con neutrofilia, BT 8,4, gases con pH 7,14, PCO₂ 58, pafi 74, HCO₃ 19, Rx con infiltrados de los 4 cuadrantes, requiere inicio de norepinefrina y diurético. Se pasa a sala de partos y se realiza ruptura de membranas, dilatación 1 cm, líquido meconiado no fetido G I, se continúa oxitocina y se reingresa a UCI. Mala evolución, requiriendo titulación progresiva de vasoactivo, norepinefrina a 0,5 ug/Kg/min, desaturada a pesar de fio₂ 100%, se pasa a PCV y se logra SAT 90%. En la noche gases de control con acidemia grave, PCO₂ 90,

presiones altas en la vía aérea, malas condiciones generales. El 28 balance + 6500, acumulado + 19700, diuresis 400 cc en 24/h. Continúa con deterioro clínico, presenta paro por asistolia, no se reanima

Oportunidad en el atención:

- Se establece que no hubo un adecuado proceso de remisión y referencia ya que la paciente es enviada sin regular y con mínimos datos en la historia de remisión. Sin embargo se había establecido previamente que en estos casos y dada la importancia de una atención integral, se intentaría activamente contactar a la institución que remite con el fin de esclarecer puntos fundamentales de la historia clínica, lo cual no se hizo.
- Se considera incumplimiento de los protocolos vigentes de manejo de paciente séptico ya que el Inicio de los antibióticos fue tardío. Además desde su ingreso tenía criterios de severidad que la hacían candidata para ser manejada y monitorizada en la UCI/UCE lo que no se realizó, se sugiere la necesidad de un re entrenamiento al grupo de ginecoobstetras en tópicos tales como reanimación, manejo de volumen, terapia transfusional, guías de sepsis, etc
- Hubo una oportunidad inadecuada en la evaluación y seguimiento de laboratorios y otras pruebas diagnósticas las cuales eran analizadas y reportadas por los médicos a veces varios días después de estar en la historia clínica. Se considera que esta oportunidad depende de la disponibilidad del obstetra de turno que dado la multiplicidad de responsabilidades que le competen es improbable que logre mantener un seguimiento adecuado de las pacientes en la unidad de monitoreo. Se propone plantear a nivel gerencial la posibilidad de contar con un médico general al manos en la mañana, entrenado en atención de pacientes críticos (Médicos de UCE), con el fin de apoyar la toma de decisiones y optimizar la ronda con el especialista en medicina critica. Igualmente se considera necesario realizar re entrenamiento al personal de enfermería en la atención de pacientes obstétricas críticas. Se propone igualmente realizar capacitaciones en el manejo de las distintas herramientas del SAP con el fin de mejorar el conocimiento y aprovechamiento de los médicos al sistema de reporte de laboratorios
- Se solicita a la jefe de laboratorio evaluar la forma de reporte del antibiograma, que considerando en este caso la presencia de una E. coli en orina en paciente obstétrica, no se realizó un reporte de antibióticos dirigidos de primera línea adecuados
- El 20 no hay registro de evolución, no está claro si se debe a un error de grabado de las notas.
- El manejo de antibióticos estuvo por fuera de la recomendación de las guías institucionales y el uso de cefepime se realizó a una dosis incorrecta. Se establece la necesidad de reforzar con el grupo de ginecólogos la adherencia al protocolo de antibióticos
- Aunque en este caso se evidencia una evaluación oportuna por parte de medicina interna una vez solicitada la interconsulta, se comenta la necesidad de optimizar este proceso ya que suele ser mucho menos eficiente. Se propone la creación de un grupo interdisciplinario para la evaluación temprana de pacientes obstétricas críticas con los grupos de medicina interna, ginecoobstretica y medicina critica. Se evaluará esta posibilidad en reunión administrativa. Además retomar y aprovechar las juntas médicas como herramienta para la toma oportuna de decisiones en casos difíciles

- Teniendo en cuenta los reportes conocidos de la incidencia de malaria en mujeres embarazadas procedentes de áreas endémicas en Antioquia, se considera necesario aumentar el grado de sospecha y efectuar estudio dirigido a toda materna procedente de área endémica, sintomática o no.
- Se solicitará al Dr William Ospina aclaración sobre la indicación de la quinina sobre el artesumato en esta paciente considerando las recomendaciones vigentes del ministerio de salud. Así mismo evaluar con el personal de farmacia y epidemiología el proceso de consecución y disponibilidad del artesumato en la institución.
- Debe considerarse la necesidad de monitoreo fetal continuo en UCI en pacientes críticas con feto mayor a 28 semanas para establecer en forma temprana la necesidad de terminación del embarazo.
- Se considera que la reanimación y monitorización en UCI fueron inadecuadas y se alcanzaron metas con una velocidad menor a la esperada, específicamente la oportunidad y localización de vía central, el uso de altos volúmenes hídricos en SDRA, la necesidad de una monitorización de metas de reposición de volumen objetivas dado los altos balances positivos y la hipoxemia progresiva, y las metas de pafi y PCO2. Tanto la monitorización como la reanimación y metas de sepsis y SDRA en pacientes embarazadas debe ser mucho más estricto a la luz de la necesidad de proteger al binomio madre e hijo. .
- Paciente con indicación de terapia de HDFVVC temprana teniendo en cuenta pH 7,14 necesidad de HCO3 por hipercapnia y acidemia mixta, hipercalemia y oliguria. 24 h antes de su fallecimiento su balance fue de +6.7 L con una diuresis de apenas 400 cc, terminando con un balance acumulado en 4 días de cerca de 20 Litros
- El traslado a sala de parto para romper membranas fue inadecuado, se puso en riesgo su vida ante la realización de un procedimiento que pudo realizarse en la unidad dado la severa inestabilidad pulmonar y hemodinámica. El obstetra debería realizar primero una evaluación de la paciente en el cubículo de UCI, establecer con el intensivista un diálogo oportuno para discutir las alternativas de manejo, y el intensivista debe estar atento para evitar trasportes innecesarios por fuera de la unidad aún por indicación de otras especialidades.
- Hubo también un seguimiento inoportuno de laboratorios en UCI, considerando la gravedad de la paciente, con laboratorios cada 12 horas o más que pudieron retardar la toma de decisiones vitales como el inicio de soporte renal.
- El manejo del SDRA no agotó todas las posibilidades disponibles, no solo a nivel del manejo del volumen, sino también ante la utilización del pronos de lo cual hay reportes disponibles en la literatura. Incluso el soporte con ventilación positiva con bolsa de aire continuo mientras se logra reclutar y disminuir la sobrecarga de volumen.
- No hay justificación en la historia clínica ni en la nota de fallecimiento de por qué no se realiza reanimación avanzada. Se había discutido en una reunión previa de la UCI que las pacientes obstétricas tienen consideraciones especiales en este sentido de tipo legal, administrativo y ético y deben ser siempre reanimadas. Lo contrario solo puede hacerse con una adecuada y amplia justificación en la historia clínica donde el criterio

o los criterios clínicos que soporten tal conducta queden plenamente explicados y anotados

<p><u>CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inoportunidad en la identificación de sepsis con criterios de severidad • Inoportunidad en el diagnóstico de malaria • Inadecuado seguimiento a protocolos y guías vigentes • Inadecuado monitoreo clínico, invasivo y de laboratorios
<p><u>NIVEL DE COMPLEJIDAD ALTA, MEDIANO O BAJA:</u></p> <p>Alta</p>
<p><u>Evitabilidad:</u></p> <p>Se determina muerte evitable</p>
<p><u>Acciones :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver análisis
<p><u>Asistentes:</u> (Colocar nombre y cargo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dra Marta Sepúlveda. Directora de hospitalización y UCIs • Dra Marta Pinto. Coordinadora de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre • Lic. Olga Teresita Salazar. Coordinadora (e) de Enfermería • Lic. Ligia Zapata. Coordinadora Epidemiología • Dr. Fernando Hincapie. Subgerente de procesos asistenciales • Dr. Carlos García. Director Cirugía y Obstetricia • Dr. Carlos Andrés Díaz C. Coordinador UCI 2 y UCE • Dr. Juan José Vélez. Urgentólogo . Intensivista • Dr. Alejandro Colonia Toro. Ginecologo • Dr. Gustavo Hernàn Ceballos. Ginecologo • Dr. Diego Leon Gaviria Méndez. Ginecologo