

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
ESPECIALIDAD EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORÍA
MÉDICA**

UNIDAD DE POST GRADO



**“R.A.P. CONSECUTIVO A AUDITORÍA MÉDICA INTERNA
ESPECIAL DEL CASO ATENCIÓN MÉDICA CON EVENTO
NEUROLÓGICO ADVERSO POST- CESÁREA
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
LA PAZ 2015”**

**POSTULANTE: DR. ALVARO RENAN CUENTAS VALDEZ
TUTOR : Dr. NÉSTOR FREDDY ARMIJO SUBIETA**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

**LA PAZ - BOLIVIA
GESTIÓN 2017**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de compartir mi vida junto a mi madre e hijas y continuar en el camino siempre adelante, para poder aprender día a día de los errores y los aciertos que me han formado como ser humano para seguir mejorando cada día.

A la Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Unidad de Post-Grado por darme la oportunidad de seguir cultivando el conocimiento.

Al Doctor Néstor Freddy Armijo Subieta que en calidad de Tutor supo guiarme hasta la culminación de la Propuesta de Intervención con su amplia experiencia y conocimiento.

A los Doctores:

Edgar O. Cáceres Vega.

Víctor Miguel Estrada Zacarías.

Alvaro Gutiérrez Avilés.

Miembros del Tribunal Revisor que con su gran experiencia y sabiduría supieron orientar con sus comentarios y sugerencias para mejorar el informe final de la Propuesta de Intervención.

DEDICATORIA

A mi querida madre por haberme dado la vida, por sus enseñanzas y por ser un ejemplo incansable de vida.

A mis amadas hijas por el apoyo, la comprensión, el entendimiento que siempre me brindan.

A Nicole Daniela por la valentía de seguir mis pasos, enfrentado lo difícil que es el aprendizaje en este oficio tan noble, sacrificado y desinteresado en beneficio del prójimo.

A Yaiza Daira por brindarme toda su inocencia y alegría en momentos difíciles que me impulsan a seguir siempre adelante en el día a día.

*"La responsabilidad Médica
comienza y termina respetando la normativa vigente,
teniendo como premisa el beneficio del paciente
a quien nos debemos".*

***“R.A.P. CONSECUTIVO A AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL
DEL CASO ATENCIÓN MÉDICA CON EVENTO NEUROLÓGICO
ADVERSO POST- CESÁREA
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
LA PAZ 2015”***

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINA
AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
TÍTULO	iv
ÍNDICE	v
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
MARCO TEÓRICO	4
AUDITORÍA MÉDICA	4
PROCESO DE LA AUDITORÍA MÉDICA	6
1) PLANIFICACIÓN	6
2) EXAMEN Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN	6
3) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	6
4) SEGUIMIENTO	6
AUDITORÍA MÉDICA INTERNA	7
HISTORIA CLÍNICA	8
CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	8
1) CONFIDENCIALIDAD	8
2) SEGURIDAD	8
3) DISPONIBILIDAD	8
4) ÚNICA	8
5) LEGIBLE	9
REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	9
PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	9
AUDITORÍA MDICA INTERNA ESPECIAL	10
AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL	11
DOCUMENTO CONFIDENCIAL	12
INFORME A.M.I.E. DOCUMEMNTO CONFIDENCIAL	12
I. REFERENCIAS	12
II. CONTENIDO	12
III. PLANIFICACIÓN	14
IV. ANTECEDENTES, OBJETIVO, ALCANCE, METODOLOGIA	14
ANTECEDENTES	14

CONTENIDO	PAGINA
1) ANTECEDENTES DE CASO CLÍNICO	15
2) OBJETIVO	15
3) ALCANCE	16
4) METODOLOGIA	16
5) REFERENCIAS	16
V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	17
ANTECEDENTES DE INTERNACIÓN	17
EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO	17
LABORATORIO	20
NOTA PREOPERATORIA	22
VALORACIÓN PREANESTESICA Y CARDIOLÓGICA	22
HOJA OPERATORIA	23
VI. RUTA CRÍTICA (MAPA PROBLEMICO) (VER ANEXOS)	23
VII. GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CESÁREA (VER ANEXOS)	23
VIII. VERIFICACIÓN DOCUMENTAL (VER ANEXOS)	23
IX. RESUMEN ANALITICO	24
AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO	24
FORMULARIO N° 4	24
ANALISIS	24
X. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	25
1) ESTRUCTURA	25
2) PROCESO	25
3) RESULTADO	25
XI. CONFORMIDADES	26
XII. NO CONFORMIDADES	26
XIII. CONCLUSIONES	27
XIV. RECOMENDACIONES	28
XV. ANALISIS JURÍDICO	30
XVII. GLOSARIO	33

CONTENIDO	PAGINA
XVII. ACRÓNIMOS	37
XVIII. BIBLIOGRAFIA	39
XIX. ANEXOS	41
ANEXO 1 (FORMULARIO 1)	42
ANEXO 2 (FORMULARIO 2)	44
ANEXO 3 (FORMULARIO 5)	45
ANEXO 4 (PLAN DE ACCIÓN RÁPIDA)	47
ANEXO 5 (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CESÁREA)	52
ANEXO 6 (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CESÁREA)	60
ANEXO 7 (RUTA CRÍTICA DE LA PACIENTE)	63

INTRODUCCIÓN

La Auditoría Médica, no solamente es una instancia para el control interno de los procesos relacionados con la atención del paciente; sino también evalúa aspectos inherentes a toda la organización, desde la planificación, seguimiento o monitoreo y la misma ejecución, así como la satisfacción del cliente interno y externo a través de la constante capacitación de acuerdo a cronogramas establecidos y planificados.

La auditoría al realizar el seguimiento y monitoreo, establece y detecta posibles desviaciones que perjudiquen el alcance de los objetivos y metas planteadas por la institución o el servicio. Además de coadyuvar a replantear o analizar el porqué de los problemas.

Dentro de sus competencias establece la productividad de los servicios; expresada en la eficiencia, y efectividad de los mismos, esto permite inclusive evaluar el desempeño del recurso humano, para analizar no sólo el rendimiento operativo sino el impacto económico que puede beneficiar o perjudicar a la institución.

En Hospitales de mayor complejidad es fundamental contar con procesos claros y concretos para cada uno de los servicios, de acuerdo a la definición de la OMS donde se manejan patologías complejas tanto clínicas como quirúrgicas en forma ambulatoria, en servicios de internación y terapias de cuidado crítico; siendo el Expediente Clínico (EC) un pilar importante para la auditoría médica.

El Expediente Clínico (EC) y la Historia Clínica (HC) representa la suma de la relación médico – paciente, paciente – institución; estableciendo un documento técnico, científico, administrativo, legal y confidencial, donde se registran los datos en orden cronológico concernientes al proceso salud – enfermedad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos instaurados, debiendo registrarse todos los datos en todas las partes pre-estructuradas, constituyéndose en un documento de respaldo para el Profesional en Salud y la propia Institución.

Destaca por su importancia, y está dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del Expediente Clínico para la mejor comprensión, evaluación y análisis de cada caso clínico en particular a través de los registros de los elementos técnico administrativos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras además de constituirse en una herramienta obligatoria para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

La Auditoría en Salud tiene como fin primordial, garantizar la calidad de la atención en salud, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz, los recursos asignados para dicha atención.

PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años en el mundo y en el país en particular son más frecuentes y recurrentes los problemas de tipo legal en el campo de la salud y la atención médica, no obstante que son diversos los factores que inciden en ello, varios de estos están directamente relacionados con la atención médica en su conjunto y el manejo de los instrumentos normados jurídicamente, lo que implica responsabilidad no solo del médico sino también del resto de los actores que intervienen en la atención del paciente en los diferentes servicios de salud.

En nuestro medio se vislumbra una problemática legal de grandes dimensiones para el personal de salud en general y para el médico en particular, ya sea por *“negligencia”*, *“mala praxis”*, *“impericia”*, *“imprudencia”*, las mismas que en la mayoría de los casos se dan por incumplimiento de normas y procedimientos administrativos y muchos de estos se dan por *“desconocimiento e inobservancia”* de la normativa jurídica vigente del país.

El conocimiento y cumplimiento de las leyes, normas, protocolos y guías técnicas de forma adecuada respaldan las funciones operativas del personal de salud tanto médico como no médico; pero el insuficiente conocimiento o desconocimiento de estas hacen cada vez más evidente la problemática planteada.

Estas consideraciones deben llamarnos la atención a todo el personal de salud y nos obligan a analizar y reflexionar sobre la temática presente en los diferentes ámbitos y servicios de salud, tanto públicos, de la seguridad social y privados.

Es aquí donde toma vital importancia la **“Auditoría Médica”** en todas sus dimensiones y su ejercicio cotidiano coadyuvara a disminuir la problemática planteada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar, la actuación del personal médico y no médico de la Clínica La Sante, en la atención médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, del caso clínico con Evento Neurológico Adverso Post-Cesárea, a través de una Auditoría Médica Interna Especial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer las conformidades de los procesos del acto médico, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante.

Establecer las no conformidades de los procesos del acto médico, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante.

Determinar los Hallazgos del manejo clínico quirúrgico, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante.

Plantear recomendaciones para el cumplimiento de estándares establecidos de acuerdo a las guías técnicas y la normativa vigente.

Plantear un Plan de Acción Rápida consecutivo a la auditoría realizada, para la mejora continua de la calidad en los diferentes Servicios de la Clínica La Sante.

MARCO TEÓRICO

AUDITORÍA MÉDICA

En 1910, en EEUU el Dr. Flexner proponía y promovía una importante transformación en las Escuelas de Medicina y de los Hospitales, ya que su estructuración y capacitación profesional era bastante deficiente.

Desde 1912 a 1952, se conforma una Comisión Conjunta para la Acreditación de los Hospitales de EEUU y Canadá que definió estándares mínimos, consiguió la cooperación de los hospitales y publicaba las listas de los que cumplían con los estándares.

En 1914, en EEUU el Dr. Robert Codman Presidente del Comité de Estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, planteó *"el objetivo de evaluación de una medicina de mejor calidad"*.

En 1952, en Chile se realizó la primera experiencia hospitalaria de auditoría.

En 1972, en EEUU se sancionó la ley que implantó la organización para la revisión de estándares profesionales.

Avedis Donabedian propuso en 1980, una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: ***"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"***.

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que; *"Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"*.

En 1989, Palmer de la Escuela de Salud Pública de Harvard, amplía la definición de Donabedian; como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario. Dicho de otra manera considera: la Efectividad, la Eficiencia, la Accesibilidad, la Aceptabilidad y la Competencia Profesional.

En 1991, la Organización Mundial de la Salud afirmaba que; *"Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual que el conocimiento lo permite"*.

En el 2002, el Ministerio de Salud y Deportes, el Colegio Médico de Bolivia junto a las Universidades Públicas y Privadas reconocidas por el Sistema de la Universidad

Boliviana, implementan en el Post-Grado, la Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, proponiendo en el medio una nueva visión con el fin de brindar atención de salud con Calidad y Calidez.

En Bolivia desde el 8 de agosto del 2005 se cuenta con la legislación sobre el ejercicio profesional; “**Ley 3131**”, aplicable en todo el país, que incluye a la Auditoría Médica como obligatoria en todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud.

El propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada.

En la actualidad considera el concepto de control de calidad, el cual consiste en que el producto o servicio se adecue a las especificaciones determinadas previamente.

La auditoría médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, como el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.

En la auditoría médica se consideran dos aspectos primordiales:

Primero; es de tipo guía, facilita la conducción en forma adecuada del paciente, desde el punto de vista asistencial, lo que implica el diagnóstico y la terapéutica, utilizando la tecnología, y los materiales en forma adecuada y oportuna para cada caso especial, minimizando los riesgos del paciente a costos razonables.

Segundo; está relacionada con todo el proceso médico como tal, ya que participa todo el equipo que deberá cumplir los pasos desde el momento de la admisión del paciente hasta el alta del mismo, implica la participación del personal de enfermería, personal administrativo y el personal médico, donde se refleja en un documento legal que es el Expediente Clínico, y se lo considera como el único documento que respalda la atención del paciente.

La calidad de la atención médica constituye uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud de un país, por lo que es necesario desarrollar la Auditoría Médica para garantizar la calidad del acto médico.

PROCESO DE LA AUDITORIA MÉDICA

Se han delineado cuatro etapas básicas, que deben estar materializadas en un programa escrito.

1) PLANIFICACIÓN:

Se determinan los antecedentes, objetivos, el objeto, el alcance de la auditoría, la metodología, las actividades a realizar, los recursos necesarios para efectuar el estudio, análisis de terreno, identificación de áreas críticas y otros aspectos necesarios de acuerdo a los objetivos y alcance de la auditoría.

2) EXAMEN Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

En la que todos los datos seleccionados se recogen, interpretan y analizan.

3) CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES:

Presentación de resultados ; de acuerdo al análisis, objetivo , los hallazgos , conformidades y no conformidades encontrados en el desarrollo de la auditoría del E.C. que concluye con la entrega de informes escritos del resultado para posteriormente socializarlos.

4) SEGUIMIENTO:

Se determina si las acciones correctoras se aplican o no y si éstas alcanzan los objetivos deseados.

El documento esencial es la **Historia Clínica**, que junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, patrones estándares y la labor del auditor, permiten un análisis objetivo y acucioso del trabajo médico.

Se registra la totalidad de las prestaciones médicas recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo aquello de lo que se requiere dejar constancia, con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para lograr su curación.

Es única para el establecimiento, es un documento reservado, característica que surge de la propia esencia de ella y en lo que atañe al médico se encuentra protegida por el secreto profesional.

Como instrumento y por constituir un medio de prueba judicial que influye en el proceso, debe reunir ciertos requisitos básicos, tales como:

Uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para que permita un análisis eficiente.

Es importante considerar que **“lo que no está escrito se supone no realizado”**.

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA

La **Auditoría Médica Interna (AMI)** constituye un procedimiento técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud, con relación a la atención de salud y acto(s) médico(s) realizados en un paciente determinado. Analiza el respectivo EC, verificando su correcto manejo y cumplimiento de normas y protocolos vigentes, a más de identificar con claridad los aciertos o errores que pudieran haberse cometido, emitiendo conclusiones y recomendaciones.

Auditoría Médica Interna Periódica, es la que se realiza regularmente dentro de la programación de cada unidad o servicio del establecimiento de salud.

Auditoría Médica Inducida o Concurrente, o de terreno realizada “in situ”, se hace para evaluar en forma sistemática, continua e integral la calidad de la asistencia médica que se le ofrece al paciente hospitalizado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la cual incluye los procedimientos empleados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta el uso racional y adecuado de los servicios y el resultado final obtenido por el paciente en la institución con los servicios brindados y además, que lo que se facture, corresponda realmente a la cobertura correspondiente, según la normatividad vigente.

La Auditoría Médica Interna Especial, es aquella no programada, que en determinadas circunstancias puede ser solicitada directamente por decisión de autoridad competente.

En forma general, además se incluye en esta actividad la realización de las encuestas de satisfacción del usuario y la evaluación de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.

La Auditoría en Salud se constituye en un elemento fundamental para el desarrollo de las empresas del sector y surge como una necesidad legal.

La auditoría de la Historia Clínica, es un proceso que incluye la revisión de ella, y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando.

Los objetivos fundamentales de la auditoría de la H.C. son dos:

1) Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la H.C. se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.

2) Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "**auditor médico**" y luego debe ser sometido a una revisión de "*un equipo de pares*" o de expertos.

HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica (H.C.) es el conjunto de documentos donde se contienen todos los datos que genera la atención de un paciente, constituye el único medio para transmitir esta información, entre los distintos miembros del hospital que intervienen en la asistencia del paciente.

La utilidad de la H.C. sobrepasa los límites estrictamente asistenciales hasta convertirse en un elemento fundamental para la investigación, la docencia, la gestión hospitalaria y para el ámbito jurídico-legal.

Dentro del contexto médico legal del ejercicio de las profesiones sanitarias, la H.C. adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal de salud respecto al paciente.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1) CONFIDENCIALIDAD

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan.

La H.C. es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe una persona.

2) SEGURIDAD

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3) DISPONIBILIDAD

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4) ÚNICA

La H.C. debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía de la salud.

5) LEGIBLE

Una H.C. mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la H.C.

REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La H.C. debe ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario.

El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental, exacta, de rigor técnico en sus registros, los datos contenidos en ella deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución, realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial.

También debe contener todos los documentos integrantes de la H.C., desde los datos administrativos, documento de consentimiento informado, informe de asistencia, protocolos especiales y otros.

Y la identificación de todo o personal de salud facultado para la asistencia a los pacientes en cada caso en particular.

PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

Proceso de análisis y conocimiento del sistema que formula metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, y designa los recursos necesarios, además del diseño de estrategias para alcanzar las metas y objetivos.

Es formular las estrategias de auditoría, que es parte de la planificación estratégica y responde al objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades del cliente interno y externo bajo las políticas institucionales.

AUDITORÍA MÉDICA
INTERNA ESPECIAL

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

A

Dr. Franck E. Chacón Bozo

**COORDINADOR ACADÉMICO PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA
POST GRADO FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA U.M.S.A.**

DE

Dr. Alvaro Renan Cuentas Valdez

**CURSANTE DE POST GRADO GESTIÓN DE CALIDAD
Y AUDITORÍA MÉDICA
NIVEL DE ESPECIALIDAD**

TÍTULO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**“R.A.P. CONSECUTIVO A AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DEL CASO
ATENCIÓN MÉDICA CON EVENTO NEUROLÓGICO ADVERSO POST- CESÁREA
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
LA PAZ 2015”**

OBJETO

Auditoría de Caso Especial de la paciente MMB
Servicio de Ginecología y Obstetricia - Clínica La Sante
La Paz Bolivia

INFORME

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL Nº 01/2015

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

A: Dr. Franck E. Chacón Bozo.
Coordinador Académico Programas de Salud Pública
Post Grado Facultad de Medicina U.M.S.A.

DE: Dr. Alvaro Renan Cuentas Valdez
Cursante de Post Grado – Especialidad
Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

FECHA: 10 de Diciembre de 2015.

OBJETO: Caso: Sra. MMB.
Expediente Clínico 123
Servicio: Ginecología – Obstetricia - Clínica La Sante
La Paz - Bolivia.

I. REFERENCIAS

1. **Nombre completo del paciente:** MMB.
2. **Institución:** Clínica La Sante.
3. **Nº del Expediente Clínico:** 123
4. **Lugar:** La Paz – Bolivia.
5. **Fecha:** 16 de Noviembre de 2015.

En la ciudad de La Paz, del 16 de noviembre al 24 de noviembre de 2015 se instruye al Dr. Alvaro Renan Cuentas Valdez, realizar la Auditoría Médica Interna Especial (AMIE) del Expediente Clínico (EC) que es equivalente al Número Nº 123 de la Clínica La Sante, correspondiente a la Sra. MMB.

II. CONTENIDO

La documentación consta:

1. Expediente Clínico original, con reportes de laboratorio, monitoreo fetal, estudios de imagen, con 82 hojas foliadas correspondientes a evaluación de internación:

- 03 de octubre de 2015 al 07 de octubre de 2015.

FOLIOS	DETALLE	OBSERVACIÓN
1	Epicrisis.	
2	Encaminamiento de Documentación.	
3	Solicitud de Internación.	
4,5	Control Intensivo.	
6	Registro de Signos Vitales.	
7	Formulario de Admisión.	
8	H.C. Gineco-Obstetrica.	
9	H.C. Emergencia.	
10	Carta de Consentimiento Informado para Ingreso Hospitalario.	
11,13,15, 20,21,22, 25,27,29, 32,35,37, 44,61	Solicitud de Servicios Profesionales.	
12,16,38, 39.	Informe Laboratorio Clínico (Hematología).	
14	Informe Laboratorio Clínico (Uro-análisis).	
17	Informe Laboratorio Clínico (Hematología – Bioquímica).	
18,19,36, 40,41,42, 43,45.	Informe Laboratorio Clínico (Bioquímica).	
23	Ecografía.	Foto
24	Informe de Ecografía Ginecológica.	
26	Hoja de Monitoreo F.C.F.	
28	Gasometría.	
30	Gasometría.	
31	Control Intensivo.	Hoja sin llenar.
33	Ecografía.	Foto.
34	Informe de Ecografía Abdominal.	
46 a 54	Evolución Clínica y Tratamiento.	
55	Consentimiento Informado Para Cesárea.	Hoja sin llenar.
56	Nota Preoperatoria.	
57	Valoración Preanestésica.	
58	Hoja Operatoria.	
59	Registro de Anestesia.	
60	Práctica Segura Quirúrgica – Listado de Verificación.	
62 al 66	Control de Administración de Medicamentos de Enfermería.	
67	Control de Paciente Diabético.	
68 al 73	Hoja de Enfermería.	
74	Control de Uso Oxígeno.	
75,76,77	Receta Médica.	
78	Pacientes Hospitalizados.	

79,80	Unidad de Terapia Intensiva.	
81,82	Kardex Enfermería.	

2. Acta de entrega de Expediente Clínico: **(ver anexo 1)**.

III. PLANIFICACIÓN

- Se realizará Auditoría Médica Interna Especial de Caso Clínico.
- Por instrucción de la Dirección de la Institución.
- Para determinar hallazgos, conformidades y no conformidades del caso clínico.
- En el servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Se utilizarán Guías Clínicas.
- En fecha 16 de noviembre al 24 de noviembre de 2015.
- Para emitir conclusiones, recomendaciones y establecer un plan de acción rápida (RAP) consecutivo a la auditoría realizada, para la mejora continua de la calidad del servicio.

IV. ANTECEDENTES, OBJETIVO, ALCANCE Y METODOLOGÍA

ANTECEDENTES

La Auditoría Médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Equipo de Salud realizar la evaluación del acto médico, mediante la revisión sistemática de la atención brindada, registrada en el Expediente Clínico, contrastada con criterios y estándares reconocidos, con la finalidad de mejorar la práctica médica en todos sus ámbitos, además de ser un medio de educación continua para mejorar la calidad de la atención médica.

Avedis Donabedian (1980), ***"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"***.

Palmer RH (1989), amplía la definición de Donabedian; considerando; la Efectividad, la Eficiencia, la Accesibilidad, la Aceptabilidad y la Competencia Profesional.

La O.M.S. (1991) "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

En el año 2002, el Ministerio de Salud y Deportes, el Colegio Médico de Bolivia, las Universidades Públicas y Privadas reconocidas por el Sistema de la Universidad Boliviana, implementan en el Post-Grado, la Especialidad en Gestión de Calidad y

Auditoría Médica, proponiendo en el medio una nueva visión con el fin de brindar atención de salud con Calidad y Calidez.

Bolivia (8 de agosto del 2005), **Ley 3131**, del Eejercicio Profesional, aplicable en todo el país, que incluye a la Auditoría Médica como obligatoria en todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud.

El Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica con RM.0090 del 26 de febrero del 2008.

La Norma Técnica para el Expediente Clínico con RM. 0090.

Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) RM. 0090.

El Expediente Clínico y la Historia Clínica constituyen un documento técnico, científico, administrativo y legal de respaldo para el Profesional en Salud y la propia Institución.

La Auditoría Médica trabaja sobre la base de registros de lo realizado, evalúa la calidad de estos, valora la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada.

La calidad de la atención médica constituye uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud de un país, por lo que es necesario desarrollar la Auditoría Médica para garantizar la calidad del acto médico.

El Decreto Supremo N° 28562, **Art. 17 (AUDITORÍA MÉDICA INTERNA)**. La Auditoría Médica Interna (AMI) constituye un procedimiento técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud, con relación a la atención en salud y acto(s) médico(s) realizados en un paciente determinado. Analiza el expediente clínico verificando su correcto manejo y cumplimiento de normas y protocolos vigentes, a mas de identificar con claridad los aciertos o errores que pudieran haberse cometido, emitiendo conclusiones y recomendaciones.

1) ANTECEDENTES DEL CASO CLINICO

Auditoría Médica Interna Especial, (AMIE) solicitada por decisión de autoridad competente.

Historia Clínica (HI) de la paciente Sra. MMB, expediente clínico N° 123 con fojas 82 útiles.

2) OBJETIVO

Realizar Auditoría Médica Interna Especial de Caso Clínico, del proceso de internación y actos médicos durante la estadía de la paciente Sra. MMB, atendida en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante de la ciudad de La Paz.

Por instrucción de la Dirección de la Clínica La Sante, para determinar los hallazgos, conformidades, no conformidades del caso clínico, y emitir conclusiones y recomendaciones; en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica la Sante de la ciudad de La Paz.

Se utilizaran guías clínicas construidas con criterios técnico-científicos y las NACS.

A solicitud de la Dirección de la Clínica La Sante., en fecha 16 de noviembre al 24 de noviembre de 2015.

Para establecer un plan de acción rápida (RAP) y mejora continua de la calidad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

3) ALCANCE

De acuerdo a solicitud de autoridad competente, se realiza la Auditoría Médica Interna Especial Integral del Expediente Clínico de la paciente MMB, que fue internada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante de la ciudad de La Paz, en fecha 03 de octubre de 2015 al 07 de octubre de 2015.

4) METODOLOGÍA

De acuerdo al Manual de Auditoría y Norma Técnica del Ministerio de Salud y Deportes, 2008, la Auditoría Médica Interna constituye un procedimiento técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud, con relación a la atención en salud y acto(s) médico(s) realizados en un paciente determinado. Analiza el respectivo expediente clínico verificando su correcto manejo y cumplimiento de normas y protocolos vigentes, a mas de identificar con claridad los aciertos o errores que pudieran haberse cometido, emitiendo conclusiones y recomendaciones.

5) REFERENCIAS

Solicitud de Auditoría Médica Interna Especial, por parte del Director de Clínica La Sante.

Expediente clínico N° 123, con fojas 82 y solicitud de Auditoría Médica Interna Especial.

Se realiza la revisión y lectura del Expediente Clínico de la paciente MMB, del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante de la ciudad de La Paz.

Se establecieron como hechos principales los que se detallan en el resumen del caso que sigue a continuación:

V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES DE INTERNACIÓN

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad casada, fisioterapeuta, ingresa al Servicio de Emergencias de la Clínica La Sante en fecha 03.10.2015 a horas 09:00 con Diagnósticos de: Embarazo de 39.4 semanas por FUM - Periodo Intergenésico Corto – PUV/FCF 142/min – Trabajo de Parto Inicial – Cesárea Previa – Secundigesta Nulípara. Con antecedentes de Cesárea el 2013, Endometriosis el 2011, FUR: 30/12/14, FPP: 06/10/15, G: 1, P: 0, C: 1, AB: 0, FUC: 10/04/13.

Examen Físico: mamas turgentes, simétricas, pendulares, secretantes de calostro; abdomen globoso a expensas de útero gestante, dorso derecho, presentación cefálica; dilatación 2 cm, borramiento: 50%, eliminación de tapón mucoso.

Deciden internación y monitorización Fetal.

A hrs.10:50 se interna en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con los mismos Diagnósticos. PA: 110/70, P: 75/min, FR: 20/min, T°: 36.8 °C.

A horas 11:07 indicaciones de Cesárea; por Cesárea Previa, Embarazo a Termino, Trabajo de Parto, Periodo Intergenésico Corto.

No cuenta con Consentimiento Informado para Cesárea.

Cirugía sin interurrencias con producto RN de sexo masculino, de 47 cm., 3800 gr. PC: 35 cm; PT: 34 cm; PA: 30 cm, APGAR 8/9. Alumbramiento Completo.

A hrs. 12:10 se deja indicaciones de rutina; N.P.O. por 6 hrs., CSV, Solución Fisiológica, Ringer Lactato + 10 UI oxitocina, cefazolina 1 gr, metamizol 1 gr, lactancia materna, DC sonda vesical, etansilato 1 amp., bolsa de arena, control diuresis.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

A hrs. 12:40; paciente post operada, estable, consciente, en unidad de recuperación con vía venosa permeable, sonda Foley, O2, monitorización permanente de SV, región operatoria limpia, seca, sangrado trans-vaginal moderado.

A hrs. 13:00 S.V. estables, lucida orientada con su RN dando seno materno, sensibilidad y motilidad en miembros inferiores disminuidos, región operatoria, con débito sero-hemático, diuresis clara, piel y mucosas ligeramente pálidas.

A hrs. 13:35 asintomática, hemodinamicamente estable, Alta de Unidad de Recuperación en buenas condiciones, pasa a sala, alojamiento conjunto y lactancia a libre demanda.

A horas 15:20 presenta súbitamente convulsiones tónico clónicas generalizadas con posterior estado post-ictal, se administra diazepam IV, atenúan las convulsiones, paciente inquieta, desorientada, álgida irritable, Glasgow 9/15, se solicita valoración por terapia intensiva y neurología, efectivizándose con estudios de laboratorio clínico – gasometría, estudios de tomografía y otros.

A horas 17:00 presenta convulsión tónico-clónica de 1min con pérdida de conocimiento, se administra diazepam EV, a los 10 min. se torna irritable, Glasgow 13/15; somnolienta orientada en persona y espacio, reflejo pupilar presente, signos vitales estables; útero en involución, herida operatoria manchada, loquios hemáticos escasos, sonda vesical permeable; Con Diagnóstico de Puerperio Quirúrgico Patológico - Síndrome Epiléptico - Trastorno Hipertensivo? - Eclampsia?; se indica sulfato de magnesio, continua con O2, soluciones parenterales

Valoración neurológica a horas 18:00, concluye en Síndrome Convulsivo Sintomático y Estado Post Ictal, recibe fenitoina IV y diazepam IV, posteriormente es valorada por Terapia Intensiva concluyendo en Puerperio Inmediato, Síndrome Convulsivo y Accidente Vasculo Cerebral a descartar. Se indica NPO, O2 húmedo, fenitoina IV, gluconato de calcio IV, ranitidina, soluciones parenterales, CIK, laboratorio.

El 04.10.15 a hrs. 08:30, paciente con Diagnóstico de Síndrome Convulsivo; asintomática, hidratada signos vitales estables; Glasgow: 15/15, sin déficit neurológico, con O2 x bigotera, útero en involución, escasos loquios hemáticos. Evolución favorable no presento crisis convulsiva; alta de UTI con indicaciones; dieta líquida, CSV, control I/E, O2 por bigotera, fenitoina IV, acido fólico, sulfato ferroso VO, metamizol EV, solución glucosalina + KCL.

A hrs.11:42, asintomática, PA: 90/60; T° 36°C; Diuresis (+); Catarsis (-), orientada en lugar y espacio, cardiopulmonar estable, abdomen blando depresible, útero en involución, herida operatoria seca, loquios hemáticos escasos, Glasgow 15/15; TAC normal. Evolución favorable; se indica; fenitoina IV, cefotaxima EV, EGO.

El 05.10.15 a hrs. 08:10 paciente asintomática en reposo orientada en 3 esferas hidratada, pálida, neurológico conservado, con O2 por bigotera, sonda vesical con diuresis (+), útero a 2 traveses debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos, con indicación de diclofenaco Sódico VO, DC. Sonda vesical, oxígeno PRN.

El 06.10.15 a hrs. 08:30; paciente en Puerperio Quirúrgico con Diagnóstico de Síndrome Convulsivo, en buen estado general, no presento crisis convulsivas, útero en involución a 2 traveses de dedo por debajo de cicatriz umbilical, loquios sero-hemáticos escasos, con indicación de; DC Vía, cefexime VO.

A hrs. 21:20 valorada por neurología, sin signos ni síntomas neurológicos, con Alta de Neurología.

El 07.10.15 a hrs. 08:35 se encuentra en su 4to DDI con Diagnóstico de Síndrome Convulsivo Resuelto.

A la fecha con evolución favorable, asintomática, sin déficit neurológico, con Alta Hospitalaria, indicaciones medicas y seguimiento por consulta externa.

LABORATORIO

Fecha 03.10.15	Fecha 04.10.15	Fecha 05.10.15	Fecha 07.10.15
HEMATOLOGÍA Hto: 39 % VCM: 87 Leucocitos: 22 Neutrófilos: 94 VES: 48	HEMATOLOGÍA Eritrocitos: 3.8 Hb: 11.0 Hto: 33 VCM: 87 Leucocitos: 19.9 M: 1 L:10 Neutrófilos: 88 VES: 46		HEMATOLOGÍA LEUCOGRAMA Leucocitos: 9.8 M: 1 L: 18 N: 80 C: 0 E: 1 B: 0
T. de S. y C. T. Sangría: 3 T. PT: 12 Act. PT: 91 INR: 1.14	T.PT: 12 Act. PT:91 INR: 1.14		
BIOQUÍMICA Glucosa: 95.5 Creatinina: 0.8	BIOQUÍMICA Glucosa: 68.2	BIOQUÍMICA Proteinuria en Orina de 24 Hrs: 90 Vol. Orina: 3350	
Amilasa: 68.8 Ca. Sérico: 7.4 LDH: 437	Ca. Sérico: 8.8 Magnesio: 1.5 LDH: 428		
TRANSAMINASAS ALT-GTP: 15.0 AST-GOT: 26.0			
P. TOTALES P.T. Suero: 5.2 Albúmina: 3.5 Globulina: 1.7 Rel. A/C: 2	P. TOTALES P.T. Suero: 4.9 Albúmina: 3.4		
BILIRRUBINAS B. Total: 0.4 B. D.: 0.1 B.l.: 0.3	BILIRRUBINAS B.T.: 0.3 B:D.: 0.1 B:l.: 0.2		
ELECTROLITOS Na: 140 K: 4.1 CL: 109	ELECTROLITOS Na: 140 K: 5.4 CL: 108		

<p>GASOMETRIA Hra: 16:36 PS: 513 pH: 7.258 pCO2: 19.0 pO2: 73.0 Hct: 27.9 Na+: 157.2 K+: 2.03 Ca: 0.55 Resultados Calculados HCO3: 8.4 TCO2: 9.0 BEb: -16.2 BEecf: -18.7 O2Sat: 91.9 THb para BEb: 15.0 (radial der.) Hrs: 17:10 PS: 513 pH: 7.350 pCO2: 19.9 pO2: 132.0 Hct: 30.8 Na+: 156.7 K+: 2.31 Resultados Calculados HCO3: 10.8 TCO2: 11.4 BEb: -12.2 BEecf: -14.8 O2Sat: 98.4 tHB: 10.5 tHb para BEb: 15.0 (radial izq.)</p>			
	<p>UROANALISIS E.G.O.: Normal</p>		

NOTA PREOPERATORIA

Fecha: 03.10.15

DX. PREOPERATORIO: Embarazo de 39 sem/FUM, Cesárea Previa, Pródromos de Trabajo de Parto.

PLAN QUIRÚRGICO: Cesárea Segmentaria.

RIESGO QUIRÚRGICO/PRONÓSTICO: Mediano.

VALORACION PREANESTESICA Y CARDIOLÓGICA

Fecha: 03/10/15 Hora: 11:07

Anamnesis: Cesárea hace 2 años; Examen Físico: S.V. PA: 110/60; FC: 66/min.

EXAMEN DE LABORATORIO: Sin laboratorio.

RIESGO ANESTÉSICO: ASA II – E.

VALORACIÓN CARDIOLÓGICA: No se realizo.

HOJA OPERATORIA

Fecha: 03/10/15 - Hora: 11:07

Cirugía mediana.

TIPO DE CIRUGÍA: Urgencia relativa.

DX. PREOPERATORIO: Cesárea Previa, Embarazo a término, Trabajo de Parto.

RIESGO QUIRÚRGICO: Moderado.

Operación Proyectada: Cesárea.

Tipo de Anestesia: Regional.

Operación Efectuada: Cesárea.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA: Incisión por planos hasta llegar a cavidad abdominal histerotomía segmentaria extracción de RN y placenta.

Histerorrafia en 2 planos recuento de gasas por enfermería completo.

Cierre de cavidad por planos.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: RN de sexo masculino, APGAR 8, sangrado moderado.

Recuento de gasas: Conforme.

REGISTRO DE ANESTESIA

Fecha: 03/10/15

DX.: Embarazo de 39,4 semanas

PA: 100/60; FC: 70

VI. RUTA CRÍTICA (MAPA PROBLEMICO) (ver anexos).

VII. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CESÁREA (ver anexos).

VIII. VERIFICACIÓN DOCUMENTAL (ver anexos).

IX. RESUMEN ANALÍTICO

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO

En aplicación de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea, se marcó **NO CUMPLE**, por el siguiente análisis correspondiente a los ítems que se señalan a continuación:

FORMULARIO Nº 4 (resumen analítico)

Fecha: 16/11/15

Nombre del Paciente: MMB.

Institución: Clínica La Sante.

Servicio: Ginecología.

Nº de EC: 123.

Nº de folios: 82

Nº de páginas: 122

Nº ITEM	ANALISIS
3	El EC se encuentra incompleto no cuenta con Historia Clínica Perinatal.
7	No cuenta con reporte de estudios prequirúrgicos; hemograma, coagulometro y otros.
9	No cuenta con reporte de estudios prequirúrgicos. Estudios de laboratorio se reportan a hrs 16:30 Post Cesárea.
10	No cuenta con reporte de laboratorio y no se consideran medidas preventivas para el riesgo quirúrgico.
11	No cuenta con todos los reportes de estudios de gabinete requeridos como; Ecografía Obstétrica, Perfil Biofísico, Electrocardiograma, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
17	No se considera la profilaxis de la tromboembolia.
18	El E.C. no tiene Consentimiento Informado para la realización de Cesárea, existe el formulario pero no está llenado.
26	No existe registro de quien colocó la sonda vesical o quien superviso el procedimiento.
27	No cuenta con registro del procedimiento de colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, barbijo, guantes, bata quirúrgica.
49	No hay registro de C.S.V., sangrado genital ni estado de contracción uterina cada 15 min. en las evoluciones. Se registra PA en una evolución, luego de 1 y ½ hrs después de la cesárea. No se cumple la indicación de CSV c/30 min hasta estabilización. No se realiza seguimiento de los mismos.
53	No existe registro de quien colocó la sonda vesical o quien superviso el procedimiento.
15,32,50, 51,56,59,60	Los Ítems no aplican en el presente caso clínico de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
16	No existe reporte escrito de cumplimiento por escrito de los Ítems que contempla la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
19	No cuenta con registro escrito de comunicación al personal de los servicios de Enfermería, Anestesiología y Neonatología.
24,25,28	No cuenta con registro escrito de los Procedimientos Prequirúrgicos que contempla la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
35,36,42,44	El protocolo operatorio no describe de forma detallada procedimiento realizado en el caso clínico durante la cirugía.

X. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

1) ESTRUCTURA

- ❖ No cuenta con Consentimiento Informado para Cesárea Iterativa.
- ❖ No cuenta con indicación escrita para la profilaxis de la tromboembolia.
- ❖ No cuenta con registro escrito de varios procedimientos.
- ❖ No cuenta con registro de comunicación al personal de los servicios de Anestesiología y Neonatología.
- ❖ El protocolo operatorio no describe los procedimientos quirúrgicos de forma detallada.
- ❖ Registros escuetos en algunos casos, ilegibles y/o de difícil interpretación.
- ❖ No existe hoja específica de interconsultas, se las anota en hojas de evolución y tratamiento, lo que no permite una fácil identificación, además no son claras ni legibles, dificultan su correcta interpretación.
- ❖ El Expediente Clínico no cuenta con Carnet Perinatal.
- ❖ No se cumple la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.

2) PROCESO

- ❖ Internación con Diagnósticos de Segundigesta Nulípara - Embarazo de 39.4 semanas por FUM - PUV/FCF 142/min - Trabajo de Parto Inicial.
- ❖ Paciente con antecedentes de cesárea previa y periodo intergenésico corto.
- ❖ No cuenta con estudios pre-quirúrgicos (hemograma, coagulograma y otros).
- ❖ No se cumplieron los exámenes preoperatorios, estudios de laboratorio se toman muestra a hrs. 16:30 (post. cesárea).
- ❖ No existe reporte de la previsión de solicitar sangre para el pre, intra ó post operatorio.
- ❖ Se realizó interconsulta y valoración pre-quirúrgica con anestesiología.
- ❖ No se realizó interconsulta pre-quirúrgica con cardiología.
- ❖ Cesárea Iterativa Segmentaria sin Intercurrencias, con Anestesia Raquídea Regional con Riesgo Anestésico ASA II-E.
- ❖ Alta de recuperación post quirúrgica a los 90 min sin observaciones.
- ❖ Registro de PA en evolución, luego de 1 y ½ hrs después de la cesárea, no se cumple la indicación de CSV c/30 min hasta estabilización.
- ❖ El tratamiento farmacológico se cumplió regularmente.
- ❖ La paciente presentó evento neurológico (convulsiones tónico-clónicas generalizadas) luego de 3 hrs y 25 min posteriores a la cesárea, que fue reportado en primera instancia por personal de enfermería.
- ❖ Interconsultas realizadas oportunamente con UTI y Neurología.

3) RESULTADO

- ❖ Puerperio Quirúrgico Inmediato Patológico, con evento Neurológico – crisis convulsiva tónico - clónica, que cede con Diazepam – Presenta Irritabilidad,

Glasgow 9/15 - es valorada por Neurología y Terapia Intensiva – se establece Diagnóstico de Síndrome Convulsivo Sintomático – Estado Post Ictal de causa a determinar – probable Accidente Vasculo Cerebral.

- ❖ Respuesta inmediata por el equipo médico de guardia y por las especialidades de Neurología y Terapia Intensiva ante el evento neurológico, de la Emergencia del Síndrome Convulsivo.
- ❖ Manejo oportuno por Terapia Intensiva y Neurología.
- ❖ La paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado.
- ❖ La paciente evolucionó con complicación neurológica, post-cesárea, resuelta **AD INTEGRUM** sin secuela neurológica.
- ❖ Alta Médica con recomendaciones de seguimiento por Consulta Externa.

XI. CONFORMIDADES

- ✓ Con la internación de la paciente para realizar el Procedimiento Quirúrgico de Cesárea.
- ✓ Con la decisión medica de Cesárea Segmentaria; por los Diagnósticos de Embarazo a término, Periodo Intergenésico Corto, Trabajo de Parto Inicial, Cesárea Previa.
- ✓ Con el resultado de la Cesárea, sin interurrencias ni observaciones.
- ✓ Con la oportunidad de insumos, medicamentos, equipos necesarios y personal calificado para el manejo.
- ✓ Con la detección del evento neurológico por el personal de guardia medico y de enfermería.
- ✓ Con la actuación médica inmediata y oportuna del personal calificado para el manejo de la complicación.
- ✓ Con la atención de la paciente durante su estadía en la clínica, caracterizada por un manejo multidisciplinario, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Terapia Intensiva.
- ✓ Con el tratamiento instaurado acorde con la guía de manejo.

XII. NO CONFORMIDADES

- Se ha observado en el Expediente Clínico que no se realizan todas las medidas preventivas para el riesgo quirúrgico como la indicación profiláctica de la tromboembolia.
- No se efectivizaron oportunamente los exámenes de laboratorio preoperatorios, (hemograma, coagulograma y otros), para los estudios de laboratorio se tomo muestra a hrs. 16:30 (post. cesárea).
- Se ha observado en el Expediente Clínico que el protocolo operatorio no describe todos los procedimientos de forma detallada y secuencial.
- Registro incompleto de signos vitales en las hojas de Evolución y Tratamiento en hojas de enfermería.
- No se registra en la Historia Clínica comentarios de la interpretación de los resultados de laboratorio.

- Se ha observado en el Expediente Clínico, deficiencias en registros médicos y de enfermería, lo que evidencia desconocimiento de la Norma Técnica por parte del personal de salud involucrado.
- El procedimiento del Acto Quirúrgico “Cesárea”, fue realizado sin el consentimiento informado debidamente llenado ni firmado por la paciente, lo que respalda que no se explicó en forma verbal ni escrita, ni la respectiva comprensión de la paciente y sus familiares, de los riesgos, beneficios y la finalidad del procedimiento.
- ✓ Se ha evidenciado en el Expediente Clínico la ausencia de instrumentos como la Historia Clínica Perinatal.
- No se deja constancia por escrito de haber proporcionado una explicación detallada del **evento neurológico post-cesárea**, de los riesgos y complicaciones que podían presentarse como consecuencia del mismo.

XIII. CONCLUSIONES

Luego de ser revisados y analizados los registros de la atención médica en historia clínica N° 123654 de la paciente MMB de 30 años de edad; se concluye en:

- ✓ Diagnóstico: Puerperio Quirúrgico Patológico – Síndrome Convulsivo Sintomático de causa a determinar – probable Accidente Vasculo Cerebral Transitorio.
- ✓ Tuvo una recuperación y restitución **AD INTEGRUM, sin secuela neurológica**, por la respuesta oportuna de las especialidades de Neurología y Terapia Intensiva.
- ✓ En el presente caso clínico quirúrgico las acciones que se realizaron con la paciente fueron de forma multidisciplinaria y con comunicación efectiva entre los diferentes servicios que intervinieron. (Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica. Bolivia: Serie: Documentos Técnicos Normativos; La Paz – Bolivia 2008).
- ✓ Valoraciones oportunas por las especialidades Neurología y Terapia Intensiva. (Normas de Diagnostico y Tratamiento en Neurocirugía. Bolivia: INASES; 2012).
- ✓ Actualmente con Alta Hospitalaria, indicaciones medicas y control por consulta externa. (Ministerio de Salud y Deportes. Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC). Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).
- ✓ El manejo “**Clínico Quirúrgico**” realizado por el personal médico y de enfermería involucrado en el caso, cumple con condiciones de la **LEX ARTIS ADHOC**. (Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico, Serie de Documentos Técnico Normativos La Paz – Bolivia 2008), (Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica. La Paz - Bolivia: Serie: Documentos Técnicos Normativos; 2008).
- Incumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Ministerio de Salud y Deportes. Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).
- Incumplimiento de la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.

(Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico – Serie de Documentos Técnico Normativos La Paz Bolivia 2008).

- Incumplimiento de la Norma de Obtención del Consentimiento Informado (Obtención del Consentimiento Informado – Serie de Documentos Técnico Normativos La Paz Bolivia 2008), (Normas Nacionales de Atención Clínica II. Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012), (Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica. Serie: Documentos Técnicos Normativos; La Paz - Bolivia 2008).
- Inobservancia a la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, Capítulos I, II, III, IV y IX. (Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico – Serie de Documentos Técnico Normativos La Paz Bolivia 2008).
- Inobservancia de de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico (8 de agosto de 2005), capítulo II, art. 3° parágrafo (c), art. 4° (Definiciones) Acto Médico, Gestión de Calidad, capítulo IV, art. 10 (Documentos Médicos Oficiales), Capítulo V, art. 12 (Deberes del Medico), parágrafo (e), (i) y (j) (cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales), capítulo VI, art. 13° (Derechos del Paciente), parágrafo (e).
- El nivel de sujeción a la normativa en el presente caso es regular.

XIV. RECOMENDACIONES

- ❖ Al Director de la Clínica.
- ✓ Socializar entre el personal médico, de enfermería y paramédico que desempeña sus funciones en la Clínica, los documentos técnico-normativos actualmente vigentes como:
 - ✓ Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.
 - ✓ Normas y reglamentos para el Ejercicio Profesional Médico.
 - ✓ Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.
 - ✓ Guía Básica de Conducta Médico Sanitaria.
 - ✓ Norma Boliviana de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido.
 - ✓ Obtención del Consentimiento Informado.
 - ✓ Guías y Protocolos de Atención Clínica vigentes.
- ❖ Activar a la brevedad posible el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
- ❖ Implementar y estandarizar la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
- ❖ Implementar “Hoja de Interconsulta” específica, en el menor plazo posible.
- ❖ Realizar auditorías de caso clínico especial en todos los servicios.
- ❖ Realizar auditorías concurrentes en los casos que así lo requieran.
- ❖ Realizar supervisiones y evaluaciones permanentes y por servicio.
- ❖ Vigilar el cumplimiento de la realización de Auditorías Médicas Internas periódicas de acuerdo a la norma vigente.
- ❖ Desarrollar estrategias de mejora continua de la calidad entre los diferentes Servicios de la Clínica, a través del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

- ❖ Incorporar temas de Gestión de Calidad y Auditoría Médica en las diferentes actividades de educación continua que se realizan en la institución.
- ❖ La MAE de la institución deberá tomar en cuenta las recomendaciones para implementar el R.A.P. conjuntamente con el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica en el menor plazo posible.
- ❖ El informe de auditoría médica interna debe constituirse en la base técnica para la apertura del proceso interno administrativo, para establecer las responsabilidades de no cumplimiento.
- ❖ Difundir el documento técnico de Política Nacional de la Calidad en atención en Salud.
- ❖ Implementar y difundir la Política Institucional de la Calidad para los diferentes servicios de la Clínica.
- ❖ Efectivizar mejora en el manejo administrativo del Expediente Clínico.
- ❖ Para poder correlacionar secuencialmente con mayor precisión las acciones realizadas en los diferentes procedimientos del presente caso y lograr mayor objetividad, se plantea la necesidad de realizar entrevistas al personal médico y de enfermería involucrado, sobre todo durante el acto quirúrgico y postquirúrgico para enriquecer la auditoría médica.
- ❖ Se recomienda realizar los controles de la paciente para investigar y determinar la causa del evento neurológico.

XV. ANÁLISIS JURÍDICO

En relación al presente caso auditado del Expediente Clínico Número N° 123 del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante, correspondiente a la Sra. MMB y luego de haber concluido la Auditoría Médica Interna Especial, se realiza el análisis jurídico de acuerdo a las Leyes y Normativa Boliviana vigente; concluyendo que el personal médico y paramédico involucrado en la atención de la paciente, de acuerdo a los hallazgos de la auditoría incurrieron en incumplimiento e inobservancia del Normativa Jurídica Boliviana.

- **NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA (07 FEBRERO DE 2009)**

- **Art. 39.**

El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

- **Art. 44.**

Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

- **LEY 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO (8 DE AGOSTO DE 2005)**

CAPÍTULO II PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

- **Art. 3° (PRINCIPIOS)**

c) El médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes.

- **Art. 4° (DEFINICIONES)**

ACTO MÉDICO:

Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

GESTIÓN DE CALIDAD:

Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico.

CAPÍTULO IV DEL EJERCICIO MÉDICO Y LAS FUNCIONES

➤ **Art. 10° (DOCUMENTOS MÉDICOS OFICIALES)**

Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes:

- *Expediente médico.*
- *Historia clínica.*
- *Consentimiento informado.*
- *Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.*
- *Certificado médico.*
- *Informes médicos.*
- *Certificado de mortinato.*
- *Certificado de nacido vivo.*
- *Certificado de defunción.*
- *Protocolo de autopsia.*
- *Informe pericial.*
- *Hoja anestésica.*
- *Interconsultas.*
- *Descripción del procedimiento quirúrgico.*
- *Epicrisis.*
- *Transferencias.*
- *Informes médico legales.*
- *Recetas médicas.*

CAPITULO V DERECHOS Y DEBERES DEL MÉDICO

➤ **Art. 12° (DEBERES DEL MÉDICO)**

e) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud.

i) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.

j) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.

CAPÍTULO VI DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

➤ **Art. 13° (DERECHOS DEL PACIENTE)**

e) *Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.*

- **CODIGO CIVIL**

LIBRO PRIMERO TITULO I DE LAS PERSONA INDIVIDUALES

CAPITULO I TITULO VII DE LOS HECHOS ILICITOS

➤ **Art. 984 (RESARCIMIENTO POR HECHO ILICITO)**

Quien con un hecho doloso o culposo, ocasiona a alguien un daño injusto, queda obligado al resarcimiento.

XVI. GLOSARIO

Auditoría de la Atención Médica.- Evaluación integral y sistemática de las acciones realizadas durante la atención médica con el fin de determinar las acciones dirigidas al cumplimiento de los objetivos planeados.

Atención Médica.- Servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Atención Médica Inadecuada.- Acción contraria a las normas y principios éticos y científicos que rigen la práctica médica, en la prestación de los servicios de atención médica.

Atención Médica Oportuna.- Procedimientos médicos que se prestan en el momento necesario.

Atención Médica Insuficiente.- Conjunto de actividades médicas que no se otorgan en forma integral al padecimiento y condición clínica del paciente.

Acto Médico.- Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

Calidad de Atención.- Propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables en cuanto a su eficiencia, eficacia, efectividad y equidad que repercuten en la satisfacción del usuario.

Cesárea: Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica.

Cesárea Programada: Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Cesárea de urgencia: Es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Cirugía No Autorizada.- Acto quirúrgico realizado sin el consentimiento informado del usuario o persona responsable que debe autorizar.

Complicaciones.- Evento adverso a la salud del paciente, producido durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente o por iatro-patogenia.

Consentimiento Informado.- Aceptación expresa del usuario o persona responsable de este, de un tratamiento médico o quirúrgico, con base en la información de riesgos y beneficios. En su caso deberá constar por escrito, con las formalidades previstas en la ley.

Deontología Médica.- Principios éticos establecidos en un conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

Diagnóstico.- Identificación de la existencia o no, de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Egreso Hospitalario.- Término de la estancia de un usuario, en el área de hospitalización.

Enfermedad.- Desequilibrio físico, mental o social en un individuo.

Evaluación Clínica.- Determinación del estado de salud de una persona.

Evaluación de la Atención Médica.- Procedimiento metodológico, para medir y valorar, la atención médica que en su caso, permita determinar las desviaciones y sus causas para aplicar medidas preventivas y/o correctivas con arreglo a la **lex artis**.

Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Gestión de Calidad.- Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico.

Historia Clínica.- Registro sistematizado de todos los datos y conocimientos relativos al enfermo que tienen importancia para su salud física y mental.

Historia Clínica Obstétrica.- Relación ordenada y detallada de la evolución de la gestación, atención del parto, resultado del parto manejo del recién nacido y puerperio.

Hospitalización.- Servicio de internamiento del paciente para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Inobservancia.- Es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional.

La Inobservancia a reglamentos. Que se presenta cuando existiendo una exigencia o norma (verbal o escrita) se la omite.

Inobservancia de instrumentos normativos La inobservancia en la aplicación de los instrumentos normativos, por acción u omisión, tanto por los colegiados como por las instancias directivas de las organizaciones médicas, constituye falta ética y por tanto de jurisdicción de los Tribunales de Ética y Deontología Médica.

LEX ARTIS AD HOC.- Martínez Calcerrada ha definido la “lex artis ad hoc” como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Si la “lex artis” significa el modo de hacer las cosas bien, la mala praxis sería no cumplir adecuadamente, salvo justificación razonada, con las reglas y preceptos destinados a este fin. Es decir, mala praxis puede significar no seguir la “lex artis”.

Marco Normativo.- Leyes, reglamentos, normas y disposiciones que señalan el ámbito de referencia al que deben sujetarse los prestadores del servicio médico.

Médico Especialista.- Profesional especializado en alguna rama de la medicina, que posea certificado de su especialidad, legalmente emitido por institución de educación superior y registrado ante las autoridades educativas.

Médico Tratante.- Profesional responsable de la atención del usuario.

Negligencia en la Prestación de Servicios Médicos.- Inobservancia a un deber de cuidado en la atención médica atribuible al personal.

Norma Técnica.- Conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio emitidas por el ministerio de salud , que establecen los requisitos que debe satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como en el desarrollo de actividades en materia de salud, con el objeto de uniformar principios criterios, políticas y estrategias.

Notas de Egreso.- Resumen de la estancia hospitalaria del paciente, que contiene como mínimo, la fecha de ingreso/egreso, motivo de egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo y pronóstico.

Notas de Enfermería.- Aquellas que son elaboradas por el personal de turno y que contiene grafica de signos vitales, administración de medicamentos procedimientos realizados y observaciones.

Nota de Evolución.- Escrito del desarrollo de la enfermedad y la valoración médica de cada fase, dentro del expediente clínico.

Notas Post Anestésicas.- Registro de la serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la hemostasia del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.

Notas Post Operatorias.- Constituye un resumen de la operación practicada y debe contener como mínimo el diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada , diagnóstico post operatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos trans-operatorios, reporte de gasa y compresas, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, estudios de servicio auxiliares de diagnóstico y tratamiento trans-operatorios, personal participante, estado post-quirúrgico inmediato, pronóstico, envió de piezas a biopsia y otros hallazgos.

Notas Pre Anestésicas.- Protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan de anestesiología de acuerdo a su análisis

Notas Pre Operatorias.- Registro realizado por el cirujano que va a intervenir al paciente, anotando fecha, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención, riesgo, cuidado y plan terapéutico preoperatorio pronóstico y ruta pre anestésica.

Prescripción Médica.- Indicaciones al usuario de medida terapéuticas para proteger, recuperar y rehabilitar su salud.

Protocolo Médico.- Procedimiento estandarizado para la prestación de servicio de atención médica.

Referencia y Contra Referencia.- Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envió, recepción regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Responsabilidad.- Obligación que tiene una persona de soportar la reacción del ordenamiento jurídico frente al hecho dañoso producido por un ilícito o por la condición objetiva del agente.

Responsabilidad Administrativa.- Es la obligación de cumplir con la sanción impuesta por las autoridades administrativas nacida de la culpa por transgredir normas de la administración pública, o de un ramo gubernativo en especial a las relacionadas con el servidor público.

Secuela.- Una secuela es la alteración persistente de una lesión, consecuencia de una

enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica. Se considera secuela a partir del momento en que no se pueden resolver las consecuencias o complicaciones de un problema de salud. Generalmente el paciente suele precisar una adaptación física y/o psíquica a su nueva situación vital. Aparecen en cualquier edad de la vida.

Tratamiento Médico.- Conjunto de procedimientos higiénicos dietéticos farmacológicos quirúrgicos y de rehabilitación, empleado en la atención de salud.

XVII. ACRONIMOS

AB	Aborto.
AGO	Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos.
AMIE	Auditoría Médica Interna Especial.
AMI	Auditoría Médica Interna.
APGAR	Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad, Respiración.
APP	Antecedentes Personales Patológicos.
AVC	Accidente Vasculo Cerebral.
C	Cesárea.
CSV	Control de Signos Vitales.
DC	Descontinuar.
DX	Diagnóstico.
EC	Expediente Clínico.
EV	Endovenosa.
EGO	Examen General de Orina.
F.C.F.	Frecuencia Cardiaca Fetal.
FPP	Fecha de Último Parto.
FR	Frecuencia Respiratoria.
FUC	Fecha de Ultima Cesárea.
FUM	Fecha de Última Menstruación.
G	Gesta.
HC	Historia Clínica.

IRS	Inicio de Relaciones Sexuales.
IV	Intravenosa.
MAE	Máxima Autoridad Ejecutiva.
NACS	Normas Nacionales de Atención Clínica.
NPO	Nada Por Vía Oral.
PUV	Producto Único Vivo.
R.A.P.	Plan de Acción Rápida.
OMS	Organización Mundial de Salud.
P	Partos.
P	Pulso.
PA	Presión Arterial.
PA	Perímetro Abdominal.
PC	Perímetro Cefálico.
PRN	Por Requerimiento Necesario.
PRONACS	Proyecto Nacional de Calidad en Salud.
PT	Perímetro Torácico.
RN	Recién Nacido.
SV	Signos Vitales.
T°	Temperatura.
TAC	Tomografía Axial Computarizada.
UTI	Unidad de Terapia Intensiva.
VO	Vía Oral.

XVIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Lemus Calderón J D, Aragues y Oroz. V. Auditoría Médica y Profesional Integral, 1ª ed. Argentina, Buenos Aires; 2006.
2. Valencia Valencia AM, Roa Otero P. Manual de Calidad de la Sociedad Integral de Especialistas en Salud, Escuela de Posgrado. Colombia; 2008.
3. Edgar Cáceres Vega. Historia Clínica Auditoría Médica. Bolivia: COSSMIL; 2002.
4. De la Gálvez Murillo A, Luna Orosco Eduardo Javier. Obtención del Consentimiento Informado, 1ª ed. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia, La Paz; 2008.
5. Luna Orosco Eduardo Javier, María Julia Carrasco. Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, 1ª ed. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia, La Paz; 2008.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Guía Básica de Conducta Médico Sanitaria. Bolivia: Serie Documentos Técnicos Normativos; 2008.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS). Bolivia: Serie: Documentos Técnicos Normativos; 2008.
8. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Auditoría y Norma Técnica. Bolivia: Serie: Documentos Técnicos Normativos; 2008.
9. Jesús González Merlo, José María Laílla Vicens, Ernesto Fabre González, Eduardo González Bosquet, editors. Obstetricia. 6ta ed: Elsevier Mason; 2013.
10. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. Obstetricia. 6ta ed: El Ateneo; 2005.
11. Hugo Salinas, Mauro Parra, Enrique Valdez. Obstetricia. Red Hospital Clínico Universidad de Chile; 2005.
12. Ministerio de Salud Pública. Norma y Protocolo Materno. Ecuador; 2008.
13. Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima Perú: guía técnica; 2007.
14. Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas (MINSA). Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstetrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.
15. Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas (MINSA). Practicas Clínicas de Atención de Emergencias Obstetricia. 1ra ed: Perú; 2007.
16. Eduardo Malvino. Complicaciones Neurológicas en el Embarazo y el Puerperio. Buenos Aires; 2015.
17. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura: México DF; 2002.
18. Ministerio de Salud y Deportes. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Ginecología. Bolivia: INASES; 2013.
19. Ministerio de Salud y Previsión Social, Norma Boliviana de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. 2da ed: Hermenca Ltda; 2000.
20. Ministerio de Salud y Deportes. Diagnóstico y Tratamiento Médico de Emergencias en Obstetricia y Ginecología. Bolivia: INASES; 2008.

21. Ministerio de Salud y Deportes. Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC). Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012.
22. Alejandro Canaviri Paz, Noemi Duran P, Freddy Fernandez R, et al. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. Bolivia: INASES; 2012.
23. Mauricio Ballivian L, René Torrejón L, et al. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Neurocirugía. Bolivia: INASES; 2012.
24. Ministerio de Salud y Deportes. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Cirugía. Bolivia: INASES; 2012.
25. Superintendencia de Salud. Indicadores de Calidad. Manual de Muestreo. Chile: Serie Monografías de Apoyo a la Acreditación; 2010.
26. Ministerio de Salud Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativa – 005. Norma de Auditoría de la Calidad de la Atención Médica. Manual Para Auditoría de la Calidad de la Atención Médica. Managua; 2008.
27. Donabedian Avedis, Evaluaty the Quality of medical care, Milbank, Fund Quarterly; 1996.
28. Ministerio de Salud y Deportes. Ley 3131. Normas Reglamentos para el ejercicio profesional médico. INASES: La Paz; 2006.
29. Fioravanti V. Introducción Auditoria Médica. Universidad Católica Argentina Fac. Ciencias Médicas, 2015.
30. Rezzonico R. Auditoria Médica, Garantía de Calidad en la Atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favaloro: Buenos Aires; 1999.
31. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 3131 del Ejercicio Profesional Boliviano, 2005.
32. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009.
33. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Código Civil.

XIX

ANEXOS

ANEXO 1

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO

FORMULARIO N°1

ACTA DE ENTREGA – RECEPCIÓN DEL EC

REFERENCIAS:

1. Nombre completo: Sra. MMB.
2. Institución: Clínica La Sante La Paz – Bolivia.
3. N° de Expediente Clínico: 123.
4. Lugar: Servicio de Ginecología – Obstetricia.
5. Fecha: 16 de Noviembre de 2015.

El suscrito: Dr. E. Jordan, Director de Clínica La Sante deja constancia de la entrega del Expediente Clínico original N° 123.

Correspondiente a la paciente: Sra. MMB, en manos del cursante de Post Grado de Auditoría Médica y Gestión de Calidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andres; Dr. Alvaro R. Cuentas Valdez para la realización de Auditoria Médica Interna Especial.

Por su parte el suscrito Dr. Alvaro R. Cuentas Valdez, cursante de Post Grado de Auditoría Médica y Gestión de Calidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andres:

1. Deja constancia de haber recibido el Expediente Clínico original N° 123 de la paciente: Sra. MMB. compuesto de 82 folios que fueron debidamente numerados secuencialmente en 122 paginas, conjuntamente con el Dr. E. Jordan Director de la Clínica La Sante.

Cabe hacer notar que para la entrega y recepción del Expediente Clínico de referencia, se hizo una revisión general de su contenido, estableciéndose las siguientes observaciones puntuales:

- Desorden Documental (papeleta de internación).
- E.C. sin Foliacion ni paginación.
- Ausencia de Documentos basicos (informe de exámenes de gabinete; TAC simple de craneo).
- Ausencia de firmas, sellos y nombres de los responsables al pie de las indicaciones en notas de evolución, tratamiento, enfermería, kardex de enfermería.
- Descripciones o indicaciones ilegibles.

Concluida la Auditoría Médica Interna Especial en los plazos establecidos en la norma para la realización de auditorías en salud del Ministerio de Salud y Deportes, ambos suscribientes se comprometen a reunirse nuevamente para la firma del acta de devolución del Expediente Clínico N° 123, cuyo contenido y características deberán ser exactamente las mismas de cómo esta siendo entregado en la fecha.

Firma y sello
(Director del Establecimiento)

Firma y sello
(Resp. Recepción del E.C.)

ANEXO 2

AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO

FORMULARIO Nº 2

ACTA DE DEVOLUCIÓN DEL EC

REFERENCIAS:

1. Nombre completo: Sra. MMB.
2. Institución: Clínica La Sante La Paz – Bolivia.
3. Nº de Expediente Clínico: 123.
4. Lugar: Servicio de Ginecología – Obstetricia.
5. Fecha: 16 de Noviembre de 2015.

El suscrito Dr. Alvaro R. Cuentas Valdez, cursante de Post Grado de Auditoría Médica y Gestión de Calidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés:

1. Deja constancia de la devolución en manos del Dr. E. Jordan Director de la Clínica La Sante, del Expediente Clínico original Nº 123.

Correspondiente a la paciente Sra. MMB.

Dicho expediente consta de 82 folios numerados secuencialmente en 122 páginas.

Por su parte, el suscrito Dr. E. Jordan, Director de la Clínica La Sante hace constar la recepción del Expediente Clínico con todas las características antes señaladas.

Por tanto, ambos suscritos manifiestan su plena conformidad, con firmas al pie de la presente acta.

Firma y sello
(Director del Establecimiento)

Firma y sello
(Rep. Recepción del E.C.)

ANEXO 3

FORMULARIO N ° 5

ACTA DE INFORME FINAL DE AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO

REFERENCIAS:

1. **Nombre completo del paciente:** MMB.
2. **Institución:** Clínica La Sante.
3. **Nº del Expediente Clínico:** 123.
4. **Lugar:** La Paz - Bolivia
5. **Fecha:** 16 de Noviembre de 2015

En la ciudad de La Paz de fecha 16 de noviembre de 2015 a fecha 26 de noviembre 2015, se realizó la Auditoría Médica Interna Especial de Caso Clínico del Expediente Nº 123 correspondiente a la Sra. MMB.

Realizado el análisis pormenorizado del Expediente Clínico, y en correspondencia con el llenado de los formularios, se evidencia: el no cumplimiento de los Ítems de la guía de práctica clínica de cesárea.

Por tanto, el suscrito, Dr. Alvaro R. Cuentas Valdez, para el presente caso, en uso de sus atribuciones y de común acuerdo, emiten las recomendaciones que a continuación se detallan:

RECOMENDACIONES

- ❖ Al Director de la Clínica.
- ✓ Socializar entre el personal médico, de enfermería y paramédico que desempeña sus funciones en la Clínica, los documentos técnico-normativos actualmente vigentes como:
 - ✓ Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.
 - ✓ Normas y reglamentos para el Ejercicio Profesional Médico.
 - ✓ Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.
 - ✓ Guía Básica de Conducta Médico Sanitaria.
 - ✓ Norma Boliviana de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido.
 - ✓ Obtención del Consentimiento Informado.
 - ✓ Guías y Protocolos de Atención Clínica vigentes.
- ❖ Activar a la brevedad posible el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

- ❖ Implementar y estandarizar la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
- ❖ Implementar “Hoja de Interconsulta” específica, en el menor plazo posible.
- ❖ Realizar auditorías de caso clínico especial en todos los servicios.
- ❖ Realizar auditorías concurrentes en los casos que así lo requieran.
- ❖ Realizar supervisiones y evaluaciones permanentes y por servicio.
- ❖ Vigilar el cumplimiento de la realización de Auditorías Médicas Internas periódicas de acuerdo a la norma vigente.
- ❖ Desarrollar estrategias de mejora continua de la calidad entre los diferentes Servicios de la Clínica, a través del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
- ❖ Incorporar temas de Gestión de Calidad y Auditoría Médica en las diferentes actividades de educación continua que se realizan en la institución.
- ❖ La MAE de la institución deberá tomar en cuenta las recomendaciones para implementar el R.A.P. conjuntamente con el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica en el menor plazo posible.
- ❖ El informe de auditoría médica interna debe constituirse en la base técnica para la apertura del proceso interno administrativo, para establecer las responsabilidades de no cumplimiento.
- ❖ Difundir el documento técnico de Política Nacional de la Calidad en atención en Salud.
- ❖ Implementar y difundir la Política Institucional de la Calidad para los diferentes servicios de la Clínica.
- ❖ Efectivizar mejora en el manejo administrativo del Expediente Clínico.
- ❖ Para poder correlacionar secuencialmente con mayor precisión las acciones realizadas en los diferentes procedimientos del presente caso y lograr mayor objetividad, se plantea la necesidad de realizar entrevistas al personal médico y de enfermería involucrado, sobre todo durante el acto quirúrgico y postquirúrgico para enriquecer la auditoría médica.
- ❖ Se recomienda realizar los controles de la paciente para investigar y determinar la causa del evento neurológico.

Es dado a los 26 días del mes de noviembre de 2015.

Dr. Alvaro R. Cuentas Valdez
RESPONSABLE AUDITORÍA MÉDICA

ANEXO 4

PLAN DE ACCIÓN RÁPIDA (R.A.P.)

	HALLAZGOS	NORMA	C	N C	N A	SOLUCIONES	RESPONSABLE
1	Inobservancia e incumplimiento de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico Cap. I, II, III, IV y IX.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008).		X		1) Socializar y capacitar para su aplicación inmediata al personal de salud, la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Norma.	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico.
2	Inobservancia de la Ley 3131 Cap. II, art. 3º, párrafo (c); art. 4º; Cap. IV, art. 10 (Documentos Médicos Oficiales); Cap. V, art. 12 (Deberes del Médico), párrafo, (e), (i), (J) (Cumplir con el llenado de los Documentos Médicos Oficiales); Cap. VI, art 13º, párrafo (e) (Derechos del Paciente).	Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico (del 08 de agosto de 2005). Reglamento de la Ley 3131 del (DS 28562 de 22 de diciembre de 2005).		X		1) Socializar y capacitar para su aplicación inmediata al personal de salud, la Ley 3131 y su Reglamentación. 2) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Ley 3131.	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico. Asesor Jurídico.
3	No cuenta con Historia Clínica Perinatal.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008). Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de		X		1) Socializar y capacitar para su aplicación inmediata al personal de salud, la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Realizar urgente un Seminario Taller de Implementación y Estandarización de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea. 3) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Norma Técnica del Expediente	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico.

		Documentos Técnico Normativos; 2012).			Clínico y la Guía de Práctica Clínica Estandarizada de Cesárea.	
4	No se cumple en su integridad con la Guía de Práctica Clínica de Cesárea.	Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).		X	1) Implementación de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada. 2) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Guía de Práctica Clínica Estandarizada de Cesárea.	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico. Médico Ginecólogo Obstetra.
5	No cuenta con reporte de estudios prequirúrgicos.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008). Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).		X	1) Capacitación y aplicación inmediata del personal de salud, de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Implementar y aplicar la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada. 3) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico y la Guía de Práctica Clínica Estandarizada de Cesárea.	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico. Médico Ginecólogo Obstetra. Personal de Enfermería Personal Paramédico.
6	No cuenta con reportes laboratoriales preoperatorios.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008). Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos		X	1) Aplicación inmediata por el personal de salud de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Aplicación obligatoria de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea Estandarizada. 3) Realizar seguimiento periódico de la aplicación de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico y la Guía de Práctica Clínica Estandarizada de Cesárea.	Médico Ginecólogo Obstetra. Personal de Enfermería. Personal Paramédico.

		Técnico Normativos; 2012).					
7	No se realizan medidas preventivas para el riesgo quirúrgico.	Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).		X		1) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.	Médico Ginecólogo-Obstetra. Personal de Enfermería.
8	No cuenta con reportes de estudios de gabinete requeridos.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008). Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).		X		1) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.	Personal Médico. Personal de Enfermería. Personal Paramédico.
9	No cuenta con indicación escrita para la profilaxis de la tromboembolia.	Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).		X		1) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.	Personal Médico. Personal de Enfermería. Personal Paramédico.
10	No cuenta con Consentimiento Informado para el procedimiento Quirúrgico "Cesárea".	Obtención del consentimiento Informado. (Serie de Documentos Técnico Normativos - 2008).		X		1) Socializar y capacitar al personal para su aplicación inmediata, obligatoria e inexcusable de la Norma de Obtención del Consentimiento	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico. Personal Médico. Personal de Enfermería. Personal Paramédico.

		<p>Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008).</p> <p>Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico (del 08 de agosto de 2005). Reglamento de la Ley 3131 del (DS 28562 de 22 de diciembre de 2005).</p>			<p>Informado.</p> <p>2) Aplicación inmediata por el personal de salud de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico.</p> <p>3) Realizar seguimiento periódico para el cumplimiento de la Norma.</p>	
11	No existe registro de quien colocó la sonda vesical o quien supervisó el procedimiento.	Guía de Práctica Clínica de Cesárea.		X	1) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.	Personal Médico. Personal de enfermería. Personal Paramédico.
12	No se registra la Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, barbijo, guantes, bata quirúrgica.	Guía de Práctica Clínica de Cesárea.		X	1) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.	Personal Médico. Personal de Enfermería. Personal Paramédico.
13	Registro incompleto de signos vitales en las hojas de Evolución y Tratamiento.	<p>Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. Art. 12. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008).</p> <p>Guía de Práctica Clínica de Cesárea.</p>		X	<p>1) Aplicación inmediata por el personal de salud de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico.</p> <p>2) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizada.</p> <p>3) Realizar seguimiento periódico para el cumplimiento de la Norma.</p>	Personal Médico. Personal Paramédico. Personal de Enfermería.
14	El protocolo operatorio no describe el procedimiento de forma detallada.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. Art. 12.10. (Resolución Administrativa		X	1) Aplicación obligatoria e inmediata por el personal de salud de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico.	Médico Ginecólogo-Obstetra.

		142-2008 del 13 de mayo de 2008). Guía de Práctica Clínica de Cesárea. (Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC - Bolivia: Serie de Documentos Técnico Normativos; 2012).			2) Aplicación y cumplimiento obligatorio de la Guía de Práctica Clínica de Cesárea estandarizado. 3) Realizar seguimiento periódico para el cumplimiento de la Norma.	
15	El Expediente Clínico no cuenta con explicación escrita del evento neurológico post-cesárea de los riesgos y complicaciones que podrían presentarse como consecuencia del mismo.	Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. (Resolución Administrativa 142-2008 del 13 de mayo de 2008). Obtención del Consentimiento Informado. (Serie de Documentos Técnico Normativos - 2008).		X	1) Aplicación inmediata por el personal de salud de la Norma Técnica Para el Manejo del Expediente Clínico. 2) Socializar y capacitar al personal para su aplicación inmediata, obligatoria e inexcusable de la Norma de Obtención del Consentimiento Informado. 3) Realizar seguimiento periódico para el cumplimiento de la Norma.	Director del Establecimiento. Gestor de Calidad y Auditor Médico. Médico Ginecólogo-Obstetra.

ANEXO 5
AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL DE CASO CLÍNICO
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CESÁREA

Nº	HALLAZGOS DE AUDITORÍA	PROCEDIMIENTO	FUENTE	C	N C	N / A	NO SE REGI STR A
PREQUIRURGICO							
1	Indicación de Cesárea por Cesárea Previa, Embarazo a Terminado, Periodo Intergenésico Corto, Trabajo de Parto.	Cesárea Anterior con Periodo Intergenésico Corto.	MINSA Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
2	Clínica La Sante cuenta con Servicios de Ginecología y Obstetricia Esenciales.	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR Establecimiento con Funciones Obstetricias Esenciales	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.	X			
3	No cuenta con Historia Clínica Perinatal.	Historia Clínica Perinatal.	Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, 1ª ed. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia, La Paz; 2008. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.		X		
4	Cuenta con carta de Consentimiento Informado para el ingreso hospitalario, en el que se informa a la paciente en forma escrita.	Informe a la paciente sobre su condición.	Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico, 1ª ed. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia, La Paz; 2008. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
5	Tiene valoración por Médico de Guardia y posteriormente por Ginecólogo.	Valoración Clínica y Obstétrica (C.S.V.; CFC).	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia 2012.	X			
6	Cuenta con indicación del procedimiento previo a la cirugía.	Canalice vía periférica para toma de muestras laboratoriales y	Norma y Protocolo Materno Min. Salud				

		administración de soluciones intravenosas y medicamentos.	Pública Ecuador 2008. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
7	No cuenta con reporte de estudios prequirúrgicos.	Solicite sangre o hemoderivados sanguíneos si Hb < a 7 mg/dl.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.		X		
8	Cuenta con reporte de comunicación a los servicios de Neonatología y Anestesiología previa a la cirugía.	Comunicación del caso al Servicio de Neonatología y Anestesiología.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
9	No cuenta con reportes laboratoriales preoperatorios.	EXÁMENES PREOPERATORIOS Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, VIH, VDRL, EGO, pruebas de función hepática y renal.	Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC). /Ministerio de Salud y Deportes. La Paz: Prisa, 2012. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.		X		
10	No se realizan medidas preventivas para el riesgo quirúrgico.	RIESGO QUIRÚRGICO ➤ Depósito de sangre. ➤ Fibrinógeno ante disponibilidad. ➤ Pruebas de función hepática. ➤ RPR.	MINSa Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.		X		
11	No cuenta con reportes de estudios de gabinete requeridos.	GABINETE ➤ Ecografía Obstétrica. ➤ Perfil Biofísico. ➤ Electrocardiograma. ➤ CTG. ➤ Eco-Dopler.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.		X		
12	Cuenta con reporte de Cardiotocografía.	➤ Cardiotocografía (CTG).	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
		PREPARACIÓN PREVIA A LA INTERVENCIÓN					
13	Cuenta con evaluación pre anestésica.	Evaluación preanestésica.	Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología, INASES, Bolivia, 2012.	X			
14	Cuenta con indicación escrita posterior a la internación.	N.P.O. 6 horas antes de la cirugía programada.	Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología, INASES, Bolivia, 2012.	X			
15		Si es cesárea de emergencia administre metoclopramida 1 amp. IV.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.			X	
	No cuenta con registro escrito del procedimiento.	➤ Retirar joyas y dentadura postiza, no usar	MINSa Guías de Práctica Clínica				

16		<p>cosméticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vestir con bata delgada y limpia. ➤ Recorte del vello en el área operatoria con tijeras (30 minutos antes de la cirugía), NO RASURE. 	Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.				X
17	No cuenta con indicación escrita para la profilaxis de la tromboembolia.	Llevar a la paciente a la sala de operaciones con vendaje compresivo de miembros inferiores (profilaxis de trombo embolia).	MINSa Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.		X		
18	No cuenta con Consentimiento Informado para Cesárea.	Consentimiento Informado	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. Obtención del Consentimiento Informado, Ministerio de Salud y Deportes Bolivia; 2008. MINSa Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.		X		
19	No cuenta con registro de comunicación al personal de los servicios.	Comunicación del Ingreso a Quirófano, a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.				X
20	Cuenta con registro de Enfermera Instrumentadora.	Preparación por Enfermería de mesa de Instrumentación, mesa Mayo y material Quirúrgico necesario.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
21	Cuenta con Formulario de Registro de Anestesia donde se registra en procedimiento.	Colocación de Paciente en posición correcta para administración de anestesia determinada en valoración pre anestésica.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. Bolivia: INASES; 2012.	X			
22	Cuenta con Formulario de valoración Pre anestésica y Registro de Anestesia donde se anota el procedimiento.	Aplicación de anestesia epidural – raquídea o general según valoración pre anestésica.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. Bolivia: INASES; 2012.	X			
23	Cuenta con Formulario de Registro de Anestesia donde se registra en procedimiento.	Monitorización continua de PA; FC; FR; estado de conciencia.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. Bolivia: INASES; 2012.	X			
24	No cuenta con registro escrito del procedimiento.	Lavado quirúrgico de manos con 5 ml de clorexidina al 2% u otro antiséptico, en 2 tiempos de 1 y 5 min. con enjuague intermedio.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.				X

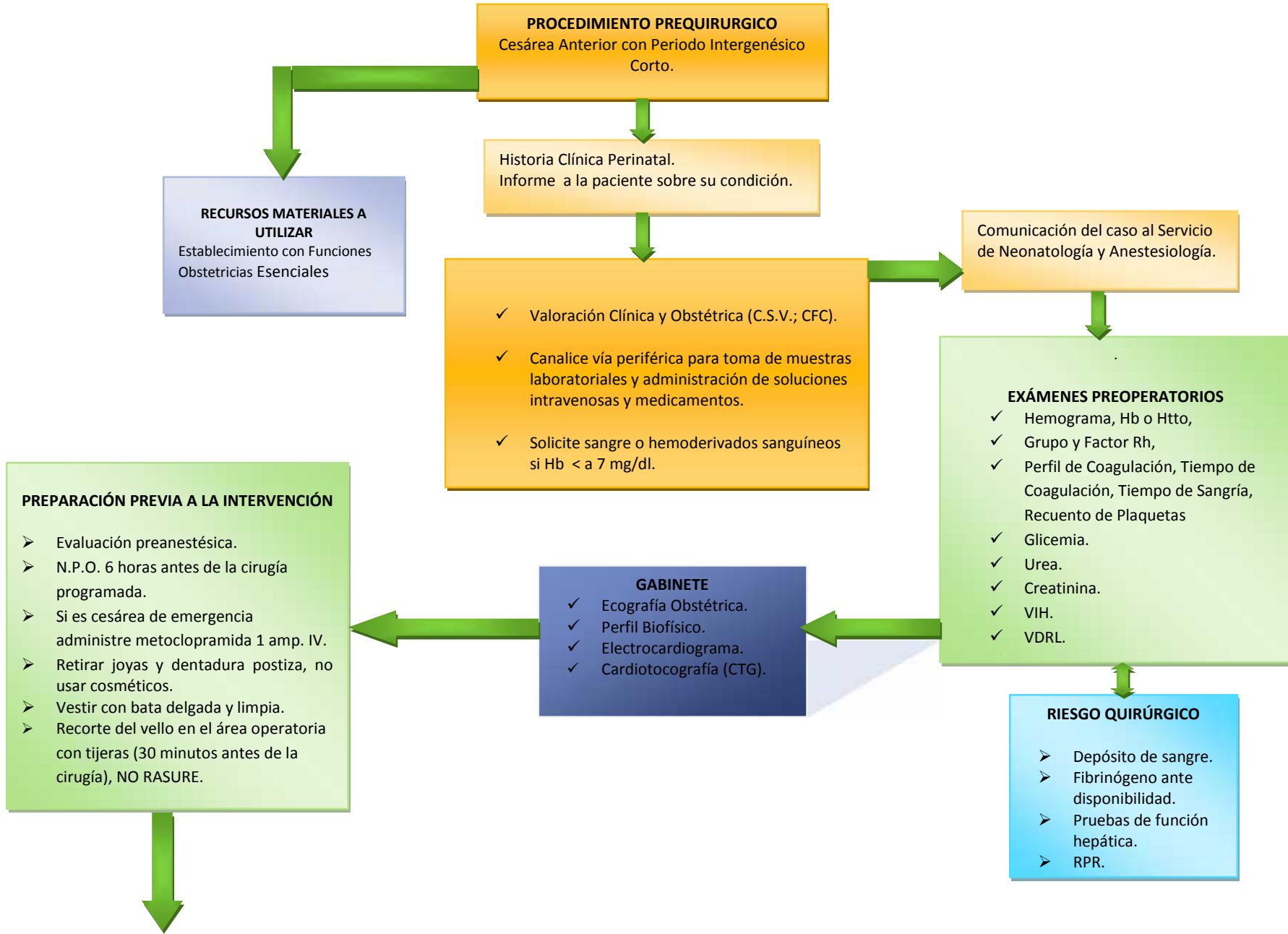
25	El Protocolo Operatorio no reporta el procedimiento.	Asepsia y antisepsia de región operatoria abdominal y perineal con solución antiséptica.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.				X
26	No existe registro de quien coloco la sonda vesical o quien superviso el procedimiento.	Colocación de Sonda Vesical Foley Nº 16.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.		X		
27	No cuenta con registro del procedimiento.	Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, barbijo, guantes, bata quirúrgica.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.		X		
28	El Protocolo Operatorio no reporta el procedimiento.	Colocación de campos quirúrgicos estériles.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.				X
29	Cuenta con listado de materiales e insumos para el Procedimiento Quirúrgico.	MATERIAL E INSUMOS Suturas, soluciones antisépticas, gasas, sonda Foley, aguja para anestesia epidural, etc.	MINSAs. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.	X			
30	MEDICAMENTOS Cefazolina, dexametazona, epinefrina, atropina, oxitocina bupivacaina, etansilato, metamizol, diazepam, lidocaína 5%.	MEDICAMENTOS Lidocaína al 5%, lidocaína al 2%, bupivacaina, oxitocina, ergometrina, atropina, diazepam, dexametazona, cefazolina, ampicilina.	MINSAs. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.	X			
31	Cuenta con hoja de internación, indicaciones de internación, CSV y valoración Clínico Quirúrgica.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Internación. C.S.V. Evaluación Clínico Quirúrgica.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
		PROCEDIMIENTO SELECCIÓN DEL TIPO DE INCISIÓN					
32		Incisión Cutánea Mediana: Línea media abdominal infraumbilical.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.			X	
33	El protocolo operatorio describe el procedimiento de forma escueta.	Incisión Supra Púlica Transversal: (Pfannenstiel, Joel-Cohen, Pelosi, Mouchel o Cherney).	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
34	El protocolo operatorio describe el procedimiento.	Diseción Quirúrgica de la pared abdominal por planos; piel, celular subcutáneo; plano aponeurótico muscular y reflexión peritoneo vesical hasta llegar a cavidad.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
35	El protocolo operatorio no describe el procedimiento.	Dextro rotación uterina. Incidir el peritoneo en la reflexión vesico uterina y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.	MINSAs Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.				X
36	El protocolo operatorio no describe el procedimiento de forma detallada.	✓ Histerotomía en el segmento inferior transversal (Munro-Kerr) de 2 cm evitando lesionar al feto y mantener intactas las membranas ✓ Extender la incisión,	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. MINSAs Guías de Práctica Clínica				

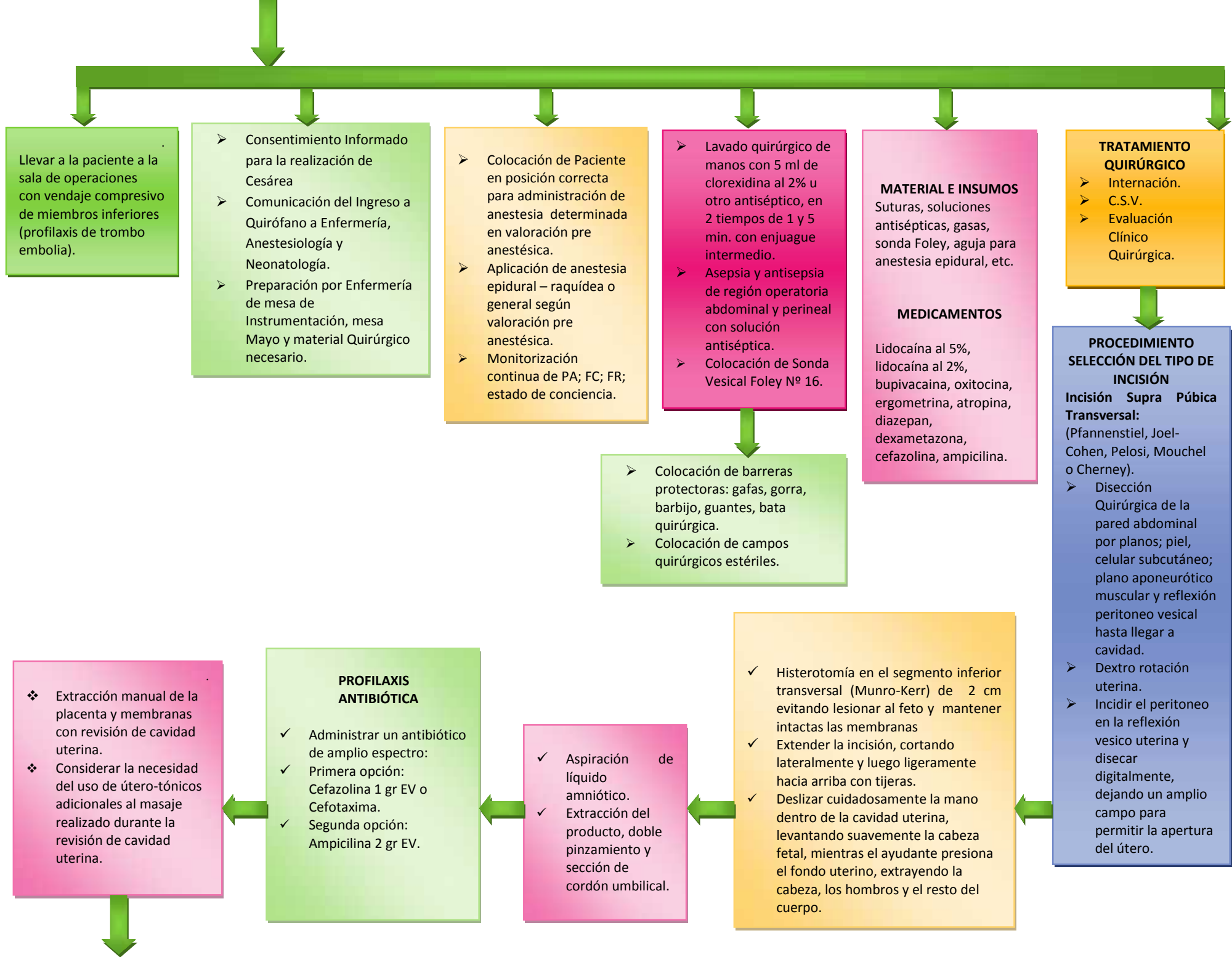
		<p>cortando lateralmente y luego ligeramente hacia arriba con tijeras.</p> <p>✓ Deslizar cuidadosamente la mano dentro de la cavidad uterina, levantando suavemente la cabeza fetal, mientras el ayudante presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza, los hombros y el resto del cuerpo.</p>	Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.				X
37	El protocolo operatorio describe el procedimiento.	Aspiración de líquido amniótico. Extracción del producto, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
38	El formulario de registro de anestesia reporta que se realizó la profilaxis antibiótica con cefazolina.	<p>PROFILAXIS ANTIBIÓTICA</p> <p>Administrar un antibiótico de amplio espectro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Primera opción: Cefazolina 1 gr EV o Cefotaxima. ➤ Segunda opción: Ampicilina 2 gr EV. 	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
39	El protocolo operatorio describe el procedimiento.	Extracción manual de la placenta y membranas con revisión de cavidad uterina.	Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
40	El formulario de registro de anestesia reporta que se administró oxitócina.	Considerar la necesidad del uso de útero-tónicos adicionales al masaje realizado durante la revisión de cavidad uterina.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
41	El protocolo operatorio describe el procedimiento.	<p>✓ Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según el grosor del segmento uterino con sutura continua, con catgut crómico absorbible 0 o 1, o ácido poliglicólico 1.</p> <p>✓ Colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes, puede colocarse otra capa de sutura.</p> <p>✓ Se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.</p>	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012. MINSA Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.	X			
42	El protocolo operatorio no describe el procedimiento de forma detallada.	<p>Peritonización de Histerorrafia:</p> <p>✓ Aproximar los bordes de la serosa que cubre el útero y la vejiga con sutura continua absorbible catgut</p>	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.				X

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ crómico 00. ✓ Restitución de útero a su lugar. 					
43	El protocolo operatorio y la hoja de listado de verificación reporta el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de hemostasia. ✓ Retirar todas las compresas. ✓ Limpieza de cavidad. ✓ Recuento de gasas. 	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.	X			
44	El protocolo operatorio no describe el procedimiento de forma detallada.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible catgut crómico 00. ➤ Síntesis puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible catgut crómico 00. ➤ Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible con ácido poliglicólico 1. ➤ Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000. 	<p>Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.</p> <p>MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.</p>				X
45	Cuenta con registro de verificación de sangrado y diuresis.	Registro y verificación del sangrado y diuresis.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
46	Cuenta con registro de ingreso a sala de recuperación.	Pasa a Sala de Recuperación.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Pública Ecuador 2008.	X			
47	El protocolo operatorio consigna todos los datos.	<p>REPORTE OPERATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fecha y hora de inicio y término de la operación. ➤ Dx. pre operatorio. ➤ Dx. post operatorio. ➤ Nombre del cirujano, asistentes, anesesiólogo, instrumentista y circulante. ➤ Tipo de anestesia. ➤ Tiempo operatorio. ➤ Hallazgos y condiciones del recién nacido. ➤ Procedimiento. ➤ Pérdida sanguínea. ➤ Incidentes. ➤ Condición de la paciente al salir de quirófano. 	MINSA Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.	X			
		POSTOPERATORIO INMEDIATO					
48	Cuenta con registro de observación en sala de recuperación.	Vigilancia en Sala de Recuperación por 4 horas.	MINSA Guías de Práctica Clínica Gineco-Obstétrica Actualizadas y Nuevas. Perú; 2012.	X			
49	No hay registro de C.S.V., sangrado genital ni estado de contracción cada 15 min.	Control de S.V. , sangrado vaginal y estado de contracción uterina cada 15 minutos por 2 hrs.	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima		X		

			Perú; 2007.				
50		En pacientes con perfusión renal disminuída: Preeclampsia severa, sepsis y post hemorragia no usar AINES, ni pirazonas.	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007.			X	
51	No se indica, paciente presento evento neurológico.	Movilización precoz dentro de las primeras 24 hrs.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Publica Ecuador 2008			X	
52	Se indica y reporta alojamiento conjunto y lactancia a libre demanda del RN.	Alojamiento Conjunto, y lactancia materna precoz según la condición materna.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Publica Ecuador 2008	X			
53	No existe registro de quien coloco la sonda vesical o quien superviso el procedimiento	Mantener Sonda Vesical por 12 a 24 hrs. según la anestesia recibida y condición postquirúrgica.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Publica Ecuador 2008		X		
54	Cuenta con indicación de N.P.O. por 6 hrs.	N.P.O. por 6 hrs. mínimo.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Publica Ecuador 2008	X			
55	Cuenta con indicación y reporte de medicamentos administrados.	Analgesia IV para el postquirúrgico inmediato y VO durante la estadía.	Norma y Protocolo Materno Min. Salud Publica Ecuador 2008	X			
		CRITERIO DE ALTA					
56		Sin complicaciones al 3er día.	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.			X	
57	La paciente presentó complicación neurológica (convulsiones tónico-clónicas con estado post-ictal) luego de 3 hrs y 25 min posteriores a la cesárea, que fue reportado en primera instancia por personal de enfermería.	Con complicaciones de acuerdo a evolución.	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
58	Cuenta con indicación de control por consulta externa en 7 días.	Control por Consulta Externa a los 7 días para retiro de puntos.	MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.	X			
59		Reingreso en caso de complicaciones (infección de herida operatoria, endometritis, etc).				X	
		SEGUIMIENTO Y CONTRARREFERENCIA					

60		<p>Sin complicaciones: Seguir controles en su establecimiento de salud de origen luego de haber asegurado una evolución adecuada del postoperatorio.</p>	<p>MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.</p>			X	
61	Cuenta con indicación de control por consulta externa.	<p>Con complicaciones: Control en consultorios externos de la Institución hasta cumplir los Criterios de Alta.</p>	<p>MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima Perú; 2007. Normas Nacionales de Atención Clínica II Serie: Documentos Técnico Normativos; La Paz – Bolivia, 2012.</p>	X			





- Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según el grosor del segmento uterino con sutura continua, con catgut crómico absorbible 0 o 1, o ácido poliglicólico 1.
- Colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes, puede colocarse otra capa de sutura.

Se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.

Peritonización de Histerorrafia

- Aproximar los bordes de la serosa que cubre el útero y la vejiga con sutura continua absorbible catgut crómico 00.
- Restitución de útero a su lugar.
- ✓ Control de hemostasia.
- ✓ Retirar todas las compresas.
- ✓ Limpieza de cavidad.
- Recuento de gasas.

- Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible catgut crómico 00.
- Síntesis puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible catgut crómico 00.
- Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible con ácido poliglicólico 1.
- Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000.

Registro y verificación del sangrado y diuresis.

Pasa a Sala de Recuperación.

REPORTE OPERATORIO

- Fecha y hora de inicio y término de la operación.
- Dx. pre operatorio.
- Dx. post operatorio.
- Nombre del cirujano, asistentes, anestesiólogo, instrumentista y circulante.
- Tipo de anestesia.
- Tiempo operatorio.
- Hallazgos y condiciones del recién nacido.
- Procedimiento.
- Pérdida sanguínea.
- Incidentes.
- Condición de la paciente al salir de quirófano.

- ❖ Vigilancia en Sala de Recuperación por 4 horas.
- ❖ Control de S.V, sangrado vaginal y estado de contracción uterina cada 15 minutos por 2 hrs.
- ❖ Alojamiento Conjunto, y lactancia materna precoz según la condición materna.
- ❖ Mantener Sonda Vesical por 12 a 24 hrs. según la anestesia recibida. y condición postquirúrgica.
- ❖ N.P.O. por 6 hrs. mínimo.
- ❖ Analgesia IV para el postquirúrgico inmediato y VO durante la estadía.

CRITERIO DE ALTA

- ✓ Sin complicaciones al 3er día.
- ✓ Con complicaciones de acuerdo a evolución.
- ✓ Control por Consulta Externa a los 7 días para retiro de puntos.

SEGUIMIENTO Y CONTRARREFERENCIA

Sin complicaciones:

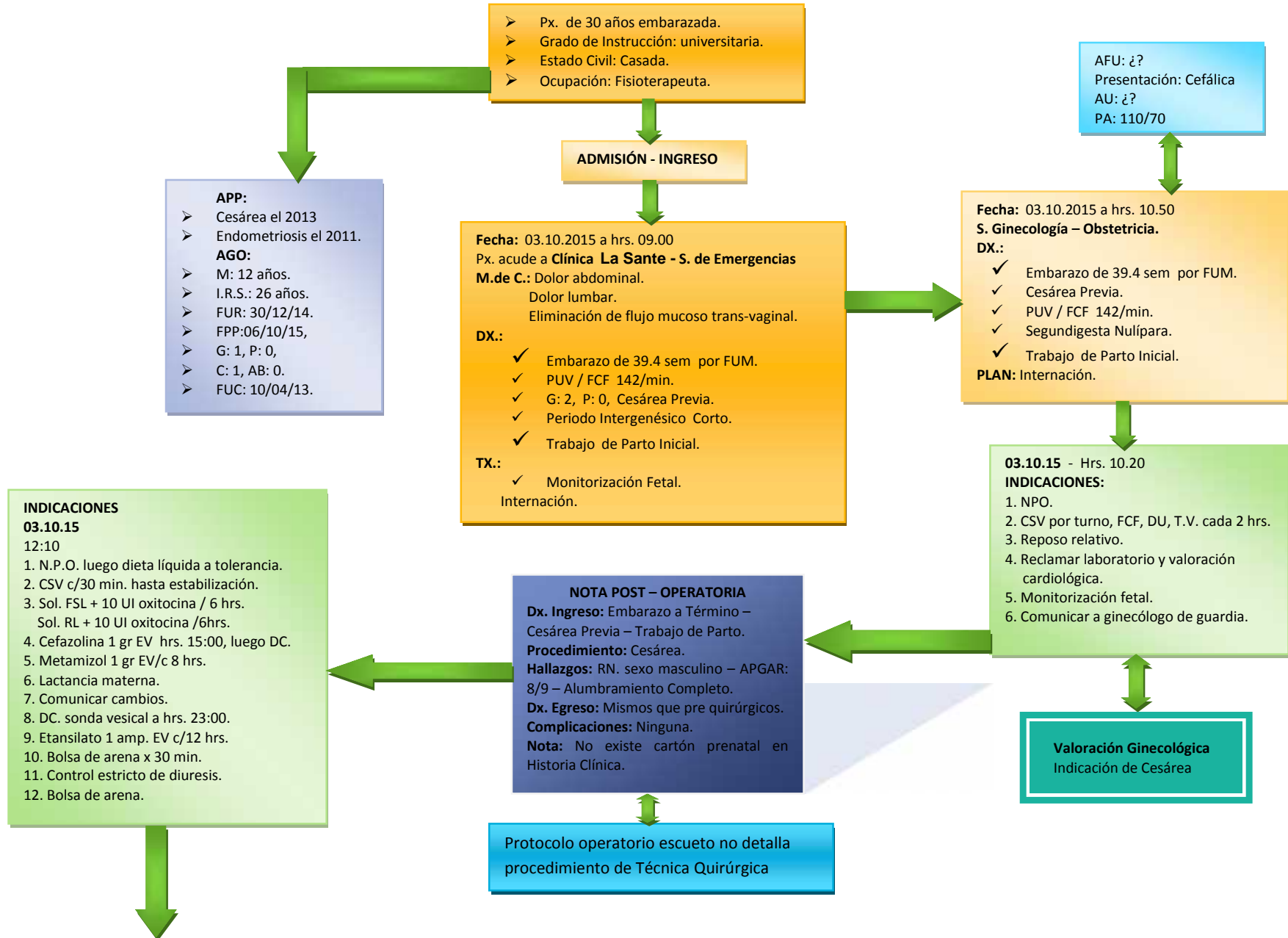
- ❖ Seguir controles en su establecimiento de salud de origen luego de haber asegurado una evolución adecuada del postoperatorio.

Con complicaciones:

- ❖ Control en consultorios externos de la Institución hasta cumplir los Criterios de Alta.

ANEXO 7

RUTA CRÍTICA DE LA PACIENTE



05.10.15 Hrs. 08:15
INDICACIONES
 1. Dieta blanda rica en fibras.
 2. CSV y loquios c/8 hrs.
 3. Diclofenaco Sódico 1 tab. VO c/8h.
 4. Cefotaxima 1 gr c/8 h.
 5. Extracción láctea c/3h .
 6. Comunicar cambios.
 7. Resto igual.

06.10.15 Hrs. 08:30
INDICACIONES
 1. Dieta blanda rica en fibra.
 2. CSV y loquios c/8 hrs.
 3. Diclofenaco Sódico 1 tab. VO c/8 hrs.
 4. Cefotaxima 1 gr. c/8 hrs. DC.
 5. Leche materna c/3 hrs.
 6. Leucograma para 7/10/15.
 7. Comunicar cambios.
 8. DC Vía
 9. Resto Igual.
 10. Cefexime 400 mg VO c/24 hrs

06.10.15 Hrs. 21:20
NEUROLOGÍA
 Paciente sin signos ni síntomas neurológicos.
 A) DC Fenitoína.
 B) Alta Neurología.

07.10.15
 4to DDI y 4to DPQ.
Dx. S. Convulsivo Resuelto.
 Leve dolor a nivel de H.O. que cede con analgésicos.
 Buen estado general, afebril hidratada, mucosas conservadas, activa reactiva, corazón RC. Rítmicos normofonéticos, no soplos, pulmones con MV y VV conservadas, abdomen con útero en involución a 1 través de dedo debajo de cicatriz umbilical, H.O. con gasas limpias, loquios hemáticos escasos. Resto del examen sin particularidades. Evolución favorable.

07.10.15 Hrs. 08:35
 1. Alta hospitalaria.
 2. Control por consulta externa 9/10/15 para retiro de puntos.
 3. Sulfato Ferroso 200 mg VO c/día.
 4. Cefexima 400 mg VO c/día.
 5. Diclofenaco 50 mg VO c/8 hrs.
 6. Leche materna.

CONDICIÓN	MADRE	R.N.
EST. GRL	BUENO MUCOSAS LEVEMENTE PALIDAZ MAMAS CON ESCAZO CALOSTRO ÚTERO CONTRAIDO HERIDA OPERATORIA EN RESOLUCIÓN	AEG
PESO		3800 KG
FC	92/MIN	150/MIN
PA	110/70	
Tº	37º C	37º C
FR	22/MIN	45/MIN
LOQUIOS	HEMÁTICOS ESCAZOS	
TALLA		47 CM

ALTA HOSPITALARIA

RESUMEN

“R.A.P. CONSECUTIVO A AUDITORÍA MÉDICA INTERNA ESPECIAL”

La Auditoría Médica es un proceso interdisciplinario, permite realizar evaluación del acto médico, mediante revisión del Expediente Clínico.

Actualmente se vislumbra una problemática legal de grandes dimensiones para el personal de salud, por “*incumplimiento*”, “*desconocimiento*” e “*inobservancia*” de la normativa vigente.

Se realiza A.M.I.E. de caso Clínico, del proceso de internación de una paciente de 30 años, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sante, para establecer conformidades, no conformidades, conclusiones, recomendaciones y plantear un (R.A.P.) para la mejora continua de la calidad.

Paciente post-cesárea, presenta evento neurológico adverso, en el puerperio quirúrgico inmediato.

Consecutivamente a los hallazgos, conformidades y no conformidades encontradas en la A.M.I.E. se establecen:

Conclusiones:

- ✓ Paciente con recuperación y restitución “**AD INTEGRUM**”, sin secuela neurológica.
- ✓ Acciones multidisciplinarias entre los servicios que intervinieron.
- ✓ Manejo “**Clínico Quirúrgico**” realizado por el personal, cumple con condiciones de la “**LEX ARTIS ADHOC**”.
- ✓ Paciente con Alta Hospitalaria, Indicaciones y Control por Consulta Externa.
- ✓ Incumplimiento y desconocimiento de Guías, Normas y Protocolos vigentes.
- ✓ Inobservancia de la Ley 3131

Recomendaciones:

- Socializar al personal de la Institución, documentos técnico-normativos vigentes.
- Activar el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría.
- Implementar y estandarizar, Guía de Práctica Clínica de Cesárea.
- Realizar A.M.I.E. y Concurrentes en los servicios.
- Realizar supervisiones y evaluaciones permanentes por servicio.
- Desarrollar estrategias de mejora continua de la calidad.
- La MAE de la institución deberá tomar en cuenta las recomendaciones y el R.A.P. planteado en el menor plazo posible.
- El informe de A.M.I.E. debe constituirse en la base técnica para la apertura de proceso interno administrativo.
- Realizar controles de la paciente para investigar y determinar la causa del evento neurológico.

Palabras Clave: incumplimiento, desconocimiento, inobservancia, A.M.I.E., R.A.P.