

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO**



AUDITORIA MÈDICA EXTERNA DE CASO CLÌNICO DE MUERTE MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD INTEGRAL CAMPECHE

CURSANTE: Dr. Juan Ireneo Choque Rondo

TUTOR: Dr. Ramiro Narváez Fernández

**Propuesta de Intervención presentada para optar el Título
de especialista de Gestión de Calidad y Auditoria Medica**

**La Pàz - Bolivia
2018**

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad, a mis Docentes por haber
apoyado el proceso de mi formación,
a mi familia por su comprensión.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. ANTECEDENTES.....	1
II. MARCO LEGAL.....	2
III. MARCO TEÒRICO REFERENCIAL.....	8
IV. JUSTIFICACIÒN.....	9
V. MOTIVO DE LA AUDITORIA.....	10
VI. OBJETIVOS.....	11
VII. METODOLOGIA.....	11
VIII. ALCANCE.....	12
IX. LUGAR DE AUDITAJE.....	12
X. CASO (RESUMEN).....	15
XI. MAPA PROBLÈMICO.....	17
XII. HALLAZGOS DE AUDITORIA.....	18
XIII. CONFORMIDADES.....	20
XIV. NO CONFORMIDADES.....	20
XV. CONCLUSIONES.....	21
VII. RECOMENDACIONES.....	21
PROPUESTA DE INTERVENSIÒN	23
1. INTRODUCCIÒN.....	23
2. MARCO LEGAL.....	23
3. OBJETIVOS DE LA GUÌA.....	24
4. A QUIENES ESTA DIRIGIDA LA GUIA.....	24
5. DESARROLLO DE LA GUÌA.....	24
6. GLOSARIO.....	30

7. BIBLIOGRAFIA.....32

ANEXOS

RESÚMEN CRONOLÓGICO DEL CASO.....a

HISTORIA CLÍNICA BASADA POR PROBLEMAS.....c

RESUMÉN

La auditoría médica en salud conceptuada como un procedimiento que permite a los servicios de salud aseguren el cumplimiento de las normas y protocolos o mejoren la calidad de los servicios durante el acto médico, el propósito de este trabajo tiene como un punto de partida de un CASO específico, efectuada en el Centro de Salud Integral Campeche que corresponde a un nosocomio de primer nivel de atención, con equipamiento básico, infraestructura y recursos humanos que no está establecida según las normas de caracterización, se ha efectuado este trabajo en cumplimiento a las normas y reglamentos fundados en aplicación con los instrumentos de la auditoría médica en una modalidad externa con el **objetivo** de verificar, analizar y establecer una propuesta para el cumplimiento de los procedimientos, procesos, bajo una **metodología** centrada de acuerdo al manual de auditoría y norma técnica del Ministerio de Salud, cumpliendo los pasos exigidos de planificación, evaluación de la información obtenida, las cuales están orientadas a promover el mejoramiento de la calidad en el Establecimiento de Salud Campeche, identificando las áreas críticas. El expediente clínico contempla el caso consta de 21 hojas foliadas y 29 páginas, con los elementos que compone, correspondiente a la usuaria externa quien recibió la atención médica de 42 años de edad, es transferida de un puesto de salud con signosintomatología de dolor, vómitos y cefalea, por ser un establecimiento de salud de referencia municipal donde en primera instancia se procede a realizar un tratamiento ambulatorio y posteriormente se interna al establecimiento de salud donde el manejo fue efectuado con los diagnósticos de “preclampsia severa”, “embarazo de 39 semanas por AFU” “Gran multigesta múltipara”, centrándose en los procedimientos que corresponde como primer nivel de atención se le procede a la estabilización, sin embargo por el deterioro del estado se decide transferir a otro nivel con mayor capacidad resolutoria, en todas las acciones efectuadas no se logró la mejoría y la referencia al centro hospitalario, las cuales fueron dificultadas por múltiples factores internos y externos como la decisión de los familiares, como parte de los resultados de la auditoría se concluye a las conformidades de los procedimientos durante el

acto médico efectuado, el cumplimiento de los protocolos de atención según el nivel de atención y además de las no conformidades de la falta de control prenatal, la decisión ambulatoria efectuada antes de su internación, el no cumplimiento a las normas, protocolos en algunas situaciones durante todo el procedimiento realizado que corresponde al primer nivel de atención y lo que corresponde a Lex-Artis., cuyos resultados han logrado llegar a recomendaciones de que deben tomarse decisiones y acciones que deben asumirse a nivel local por todo el equipo de salud y además la propuesta de aplicación de la guía de atención de pacientes con trastornos hipertensivos para establecimientos de salud de primer nivel de atención, instrumento que deberá implementarse para mejorar la atención en los servicios de salud

ANTECEDENTES

Las reformas en el Estado Boliviano demandan cambios esenciales en la práctica médica sea clínica, quirúrgica, sanitaria o intervenciones en la salud pública con particular atención en el sub sector público y de la seguridad social.

El Modelo de atención a la salud vigente exige dos líneas fundamentales en el desarrollo del acto médico, la promoción de la salud y la interculturalidad, juntos dan pie para la participación de las organizaciones sociales, que al lograr transversalizar los enfoques de género e interculturalidad permiten construir procesos centrados en los problemas dominantes de salud, pasibles de ser revertidos, tanto, desde el punto de vista operativo como el de la gestión en sí misma.¹

Las reformas que se están produciendo en el país y en el sector salud en particular, exigen la implementación de un Programa Nacional de la Calidad y procesos de acreditación² constituyéndose en pilares fundamentales para la ocurrencia de un cambio de paradigma en el modelo de atención de salud, por tanto, los servidores públicos del Sistema Nacional de Salud deben contar con herramientas competitivas para enfrentar el desafío que implica conductas de calidad en el hacer cotidiano en lo personal y profesional, con énfasis en los procesos de atención, cuya herramienta para su valoración se constituye la auditoria médica, convirtiendo en un gestor de calidad³ que articula la demanda del servicio en términos de satisfacción a partir de resolución de problemas y las condiciones de cómo se desarrolla la prestación médica.

Asimismo constituye una estrategia de acción, para el mejoramiento de los servicios asistenciales, de acuerdo al requerimiento del Ministerio de Salud, este proceso requiere de la aplicación práctica que complemente la formación teórica y que de forma continua y gradual vaya generando competencias para la gestión de calidad en los diferentes servicios de salud.

¹ Plan de Desarrollo Económico Social gestión de Bolivia 2010-2015

² Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de primer nivel de atención. R.M. 090 26 de febrero 2008.

³ Manual de Auditoria y Norma Técnica Pág. 14

I. MARCO LEGAL

El marco jurídico está establecido por la Constitución Política del Estado y una serie de Leyes, Decretos Supremos, Planes y Normas Nacionales que rigen el sistema de salud en Bolivia.

La Nueva Constitución Política del Estado, establece en sus artículos:

Artículo 5 señala garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Artículo 18. Parágrafo I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

Parágrafo II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

Parágrafo III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 35, parágrafo I, El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo Políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Artículo 39, parágrafo 1. 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.

Parágrafo II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica Médica.

La Ley N° 3131 Del ejercicio profesional médico considera algunas definiciones:

ARTÍCULO 4 (Definiciones).

ACTO MÉDICO: Toda intervención profesional del médico debe ser 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.

ARTÍCULO 10. (Documentos Médicos Oficiales). Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes:

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médicos.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médico-legales.
- r) Recetas médicas.

ARTÍCULO 13. (Derechos del Paciente). Todo paciente tiene derecho a:

- a) Recibir atención médica humanizada y de calidad.

ARTÍCULO 15. (Auditoría Médica). La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

ARTÍCULO 16. (Auditores Acreditados). La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como

auditores médicos por el Ministerio del área de Salud con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.

El Decreto Supremo N° 28562, Reglamento de la Ley N° 3131 menciona:

Considerando:

Que se ha institucionalizado mediante Ley de la República, la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.

Que en el contenido de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

La Autoridad Departamental de Salud⁴ es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud.

ARTÍCULO 5.- (GESTIÓN DE CALIDAD).

La gestión de calidad⁵ de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.

En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación. De no existir esta instancia, el Director del establecimiento debe implementarla en un plazo máximo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, sin que implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión de Calidad y Auditoria Médica, y de Enseñanza e Investigación, implementados mediante éste Decreto Supremo.

⁴ Decreto Supremo 25233 del 23 de noviembre de 1998.

⁵ Procedimientos que permiten realizar la mejora continua de la calidad de atención en los servicios de Salud.

La selección del Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación se realiza siguiendo la normativa vigente.

La gestión de la calidad de los servicios de salud en los establecimientos de nivel I, es implementada por las gerencias de red.

Los Jefes de Departamento de Gestión de la Calidad, Enseñanza e Investigación deben cumplir con nivel de postgrado, Diplomado como mínimo en esta materia, otorgado por institución reconocida por el Sistema Universitario Boliviano o el Ministerio de Educación. El cumplimiento de esta disposición tiene un plazo de 2 años a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

En el marco de la gestión de calidad, se establece la necesidad del profesional médico de conocer el idioma nativo del área donde ejerza su profesión. Es responsabilidad del Ministerio del área de salud gestionar la incorporación de idiomas nativos en el currículum académico de las Carreras de Medicina mediante los mecanismos de integración docente asistencial.

La capacitación y actualización a cargo de las instituciones se enmarca en la gestión de calidad y evaluación del desempeño y se incorpora en la programación anual operativa.

ARTÍCULO 6.- (DEFINICIONES OPERATIVAS). Se establece las siguientes definiciones:

Calidad del Acto médico: Las características del servicio médico para considerarlo de calidad son:

- Conocimientos actualizados del profesional
- Habilidades y destrezas suficientes y adecuadas a la tarea
- Actitud de servicio
- Actitud de respeto al paciente y su entorno.
- Aplicación de normas y protocolos de atención
- Reconocimiento del paciente como ser humano con dignidad
- Eficiencia en el uso de los recursos.
- Enfocado en la equidad de género

ARTÍCULO 15.- (CANALIZACIÓN DE RECLAMOS y DENUNCIAS).

Los Departamentos de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, deben canalizar los reclamos y denuncias sobre la atención recibida en los hospitales de II y III nivel, mediante la Dirección del Hospital hacia la Autoridad Departamental de Salud a objeto que se realice la auditoria externa correspondiente.

ARTÍCULO 16.- (AUDITORIA MÉDICA INTERNA).

La auditoría médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.

La auditoría médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del Departamento, o responsable de Gestión de Calidad y Auditoria Médica institucional.

En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en proceso rutinario de auditoria interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoria externa a la máxima autoridad departamental de salud.

En el primer nivel de atención⁶ (Puestos y Centros de Salud), las auditorias interna serán asimiladas a los procesos de auto-evaluación mensual mediante instrumentos vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud.

ARTÍCULO 17.- (AUDITORIA MÉDICA EXTERNA).

La auditoría médica externa⁷ es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

⁶ Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención

⁷ Manual de Auditoria y Norma Técnica -2088 pg.12, AME: es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter correctivo y no punitivo realizado por auditores acreditados externos al Establecimiento de salud.

La Autoridad Departamental de Salud en cumplimiento de la normativa vigente conformará las Comisiones Departamentales de Auditoría Médica, en un plazo máximo de 48 horas de presentada la solicitud, sin que ello implique erogación de recursos económicos adicionales para el Tesoro General de Nación TGN.

Sí la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social, de corto plazo, la Autoridad Departamental de Salud solicitará la intervención del Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES, para que en uso de sus atribuciones, realice la auditoría médica externa.

La auditoría médica interna⁸ y la auditoría médica externa, en caso de los sectores privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro, son de competencia de la autoridad de salud departamental.

Entre otras normas conexas también se tienen las siguientes.

- Ministerio de Salud y Deportes. Proyecto Nacional de Calidad en Salud PRONACS La Paz.
- Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización.
- Ley 045 Contra el racismo y toda forma de discriminación.
- Decreto Supremo N° 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia. Modelo de Salud Familiar, Comunitario, Intercultural.
- Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y red de servicios.
- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel de Atención.
- Manual de Conducta Sanitaria de las Normas del PRONACS.
- Ley N° 1178 SAFCO De Control Gubernamental.

⁸ Manual de Auditoría y Norma Técnica -2088 pg.12, AMI: es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter correctivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del Establecimiento de salud

II. MARCO TEÒRICO REFERENCIAL

Hacia el concepto

La auditoría médica, es algo trascendental en la gestión de los servicios de salud pues asegura que los procedimientos se cumplan mediante protocolos y se mantenga o mejore la calidad de los servicios; entonces se trata de la evaluación de una actividad o situación con el fin de determinar el índice de calidad en el acto médico. Esto implica los procedimientos, decisiones, uso de recursos, resultados y la relación médico-paciente⁹. El objetivo de la auditoría médica es asegurar el cumplimiento de los estándares normados para así contribuir a la mejora de la calidad en los servicios de salud.

Importancia de las auditorías médicas

Una correcta auditoría médica puede mejorar de manera significativa la calidad del servicio de salud.

- Permite identificar las áreas críticas del acto médico en su totalidad ya sea del equipo de salud.
- Proponer soluciones que favorezcan tanto al equipo de salud y además de los pacientes.
- Permite mejorar la calidad de la atención y de la práctica médica, reduciendo al mínimo la incidencia de errores.
- Determina la base de ser una excelente herramienta didáctica, posibilitando la formación de mejores profesionales.

⁹ Consiste para el médico, en su interés por velar la vida y la salud de/la paciente a cambio de una remuneración económica, mientras que para la paciente es el estado de salud, aliviar el dolor que aqueja. (Molina Arrubia)

III. JUSTIFICACIÓN

Una de las necesidades existentes incluidas en la política de estado es la mejora continua de la calidad en salud expresado en la acreditación de establecimientos de salud y como resultado de esta mejora de la prestación de los servicios con calidad brindada por los prestadores de salud al usuario externo. Al ser la auditoría en salud parte de esta política que tiene el objetivo de la mejora de los procesos y procedimientos aplicados por el equipo de salud. La mejora de la calidad va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema, controla los cambios en apoyo de un manejo clínico eficaz, por otra parte es una herramienta educativa, por lo tanto sirve por sí mismo como una herramienta de mejora de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares recomendados, a través de la cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención con eficiencia clínica, administrativa, mejorando el impacto en la salud de los usuarios externos y la población, las cuales influyan en una efectividad clínica, ofertando al cliente los servicios para el ejercicio de sus derechos centrado a la interacción de la dimensión interpersonal durante la atención, de tal manera que genere satisfacción, todo esto coadyuve lograr alcanzar en manera progresiva el perfeccionamiento continuo.

El propósito de esta auditoría médica externa es ser un punto de partida para las acciones preventivas a efectuarse en el establecimiento de salud realizado para posteriormente ser un establecimiento que brinda con una calidad y calidez en los servicios de salud.

IV. MOTIVO DE LA AUDITORIA

La presente auditoría médica externa se realiza como un ejercicio académico en el marco de la formación de profesionales con una perspectiva constante de mejora de los médicos en relación a la gestión de calidad y auditoria médica y lograr contribuir al mejor desempeño de la práctica clínica.

Este trabajo tiene un punto de partida de un CASO específico, seleccionado con criterio técnico en un establecimiento de salud que cuenta con atención médica ambulatoria atendida por el equipo de salud, donde la usuaria fue procedida a una atención ambulatoria y posteriormente previa intervención domiciliaria es derivada a la internación en el establecimiento de salud para su intervención posterior de acuerdo a las normas, protocolos y procedimientos que procede en estos casos. Del cual existe un requerimiento correspondiente para realizar la auditoria médica externa de este caso, establecida en el marco de competencias legales, cuyo sustento está sujeto en los siguientes párrafos de la ley vigente:

- Competencias establecidas en la Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización, donde el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES) se constituye a nivel de la jurisdicción Departamental un ente que fiscaliza técnicamente en el ámbito de la salud.
- La Ley 3131 del ejercicio profesional médico, en su art. 9 incisos c, art. 10, que regula las acciones efectuadas por el personal médico y es de cumplimiento obligatorio en el Estado Plurinacional de Bolivia.
- Manual de Auditoria y Norma Técnica, del Ministerio de Salud, título II capítulo IV, artículo 42, 2008 que establece las directrices respecto al cumplimiento de las normas en todos los establecimientos de Salud.

V. OBJETIVO

- Realizar auditoria de caso clínico de Centro de Salud Integral Campeche, en el cumplimiento del acto médico, verificando el cumplimiento de los procedimientos, procesos, según los protocolos y normas establecidas durante la atención.

VI. METODOLOGÍA

De acuerdo al manual de auditoría y norma técnica del Ministerio de Salud 2008, la Auditoria Medica Externa (AME) es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter correctivo, realizado por auditores acreditados externos al establecimiento de salud, ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica a la atención en salud y acto o actos médicos cumplidos en un paciente determinado, mediante el análisis del expediente clínico, verificando el cumplimiento de normas, protocolos vigentes y el cumplimiento de la Lex-Artis médica.

Están reconocidas las fases de un proceso de auditoria médica, para lograr los resultados del presente trabajo seguimos los siguientes pasos metodológicos:

Planificación:

- Es el momento que se toma en cuenta la propuesta y los acuerdos institucionales para realizar estudios de caso. Donde se determinaron los objetivos y alcances de la auditoría médica de caso.

Evaluación de la información:

- Se logró el contacto con las responsables que tienen al custodio de las historias clínicas para lograr el acceso.
- Se recogieron los datos seleccionados para ser interpretados y analizados.

Conclusiones y recomendaciones:

- Se elaboró en extensivo los hallazgos del proceso de análisis de los datos en la historia clínica y se concluyó en un informe.

Resultados.

Datos generales

Fecha de la auditoria:	Viernes 4 de diciembre de 2015
Hora de inicio:	10:00 am
Área o proceso auditado:	Internación
Lugar:	Centro de Salud Integral Campeche

VII. ALCANCE

La Auditoria Médica posee un alcance amplio para la evaluación y mejora continua de la calidad en un servicio y realizándose en determinadas áreas para tomar acciones, los procesos y los resultados de los servicios de salud directos e indirectos que se brindan en los establecimientos de salud con el fin de promover el mejoramiento de la calidad en los diferentes niveles de atención, identificando las áreas críticas.

VIII. LUGAR DE AUDITAJE

Situación del Centro de Salud Integral Campeche

El Centro de Salud Integral Campeche fue creado el 17 de diciembre de 1964, se halla situado en el Municipio de Campeche de la Provincia Finlandia, Departamento de La Paz, está comprendida de 8 sectores de salud localizados en el territorio de Gobierno Autónomo Municipal, a una distancia de 128 Km de la ciudad de La Paz, 4 horas de transporte terrestre, administrativamente depende del Gobierno Autónomo Municipal de Campeche y técnicamente de Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, quien por medio de la Coordinación de Técnica de la Red rural de salud N° 11 regula todas las actividades operativas.

El Centro de Salud Integral Campeche es funcionalmente como cabecera municipal, cuenta con una capacidad de complejidad donde se realiza atención médica, cumple con 12 horas de consulta externa ambulatoria y turnos de 24 horas de atención continua en caso de emergencias y urgencias, está caracterizado dentro de primer nivel de atención con una capacidad resolutiva básica, con un equipo de salud insuficiente que corresponde a la caracterización según la norma, por tal situación es parte de los Establecimientos de Salud de referencia para todos los

sectores que corresponden al territorio del municipio y además de los establecimientos de los municipios aledaños como Colodro, Chamorro y Calama, donde por situaciones de emergencia y urgencia exclusivamente casos de accidentes y atención de partos son procedidos a la referencia solicitando su atención.

Equipamiento

Cuenta con un equipamiento básico que corresponde a la capacidad resolutive, que garantiza el cumplimiento de acciones en salud según el nivel de atención que corresponde.

Medios de transporte

El Centro de Salud Integral Campeche cuenta con dos ambulancias que cumple las funciones de transporte en casos de emergencias y urgencias transportando a los pacientes a Hospitales de II nivel Hospitales Morelia, Corea que es parte de los establecimientos de Salud de referencia de II nivel para esta región y el Complejo Hospitalario Miraflores que es de III nivel en caso de traslado de pacientes que precisan mayor capacidad resolutive.

Recursos Humanos

El personal de Salud está comprendida con médicos, odontólogo, Licenciada en Enfermería, Nutricionista, Laboratorista, Auxiliares de Enfermería y personal de apoyo, quienes desempeñan sus funciones en este establecimiento de salud, correspondiente al grado de complejidad y no cuenta con especialistas.

Tabla Nº 1 Segmento de Recursos Humanos C. S. I. Campeche

CARGO	ITEM SEDES	MIN. SALUD	ITEM GAM
Médico General	2	1	
Odontólogo	1		
Lic. en Enfermería	1		
Laboratorista	1		
Auxiliar de Enfermería	3		
Conductores y Apoyo	1		1
TOTAL	9	1	1

Fuente: Establecimiento de Salud 2015

Contexto general de la documentación del caso

El expediente clínico original motivo de la auditoría, consta de 21 hojas foliadas y 29 páginas con el siguiente detalle:

- 1 hoja atención de emergencia
- 1 hoja de historia clínica de atención ambulatoria
- 1 hoja de internación medica
- 1 hoja de Historia Clínica
- 4 hojas de notas de evolución e indicaciones médicas.
- 1 hoja de transferencia de Puesto de Salud.
- 1 hoja de rechazo de transferencia.
- 1 hoja de partograma
- 1 hoja de carnet de control prenatal con registro de 1 control.
- 1 hoja de control de signos vitales
- 1 hojas de evolución de enfermería
- 1 hoja de registro de tratamiento
- 1 hoja de solicitud de exámenes de laboratorio
- 6 hojas de recetario recibo
- 1 hoja de estudio ecográfico

La documentación recibida contiene estudios de laboratorio ecográfico, con resultado de un consultorio privado de la ciudad de la fecha 2 de septiembre de 2014.

Nombre completo del paciente:

Fecha de Auditoria Medica: 23/01/2015

Responsable de Auditoria: XXXX

Lugar: Centro de Salud Integral Campeche

Nombre y Apellidos de la paciente: Martha M C

Fecha de nacimiento: 19 de octubre de 1971

Edad: 42 años

Institución: Centro de Salud Integral Campeche

Nº del Expediente Clínico: sin número

Lugar: Centro de Salud Integral Campeche

Fecha de internación: 12/11/14

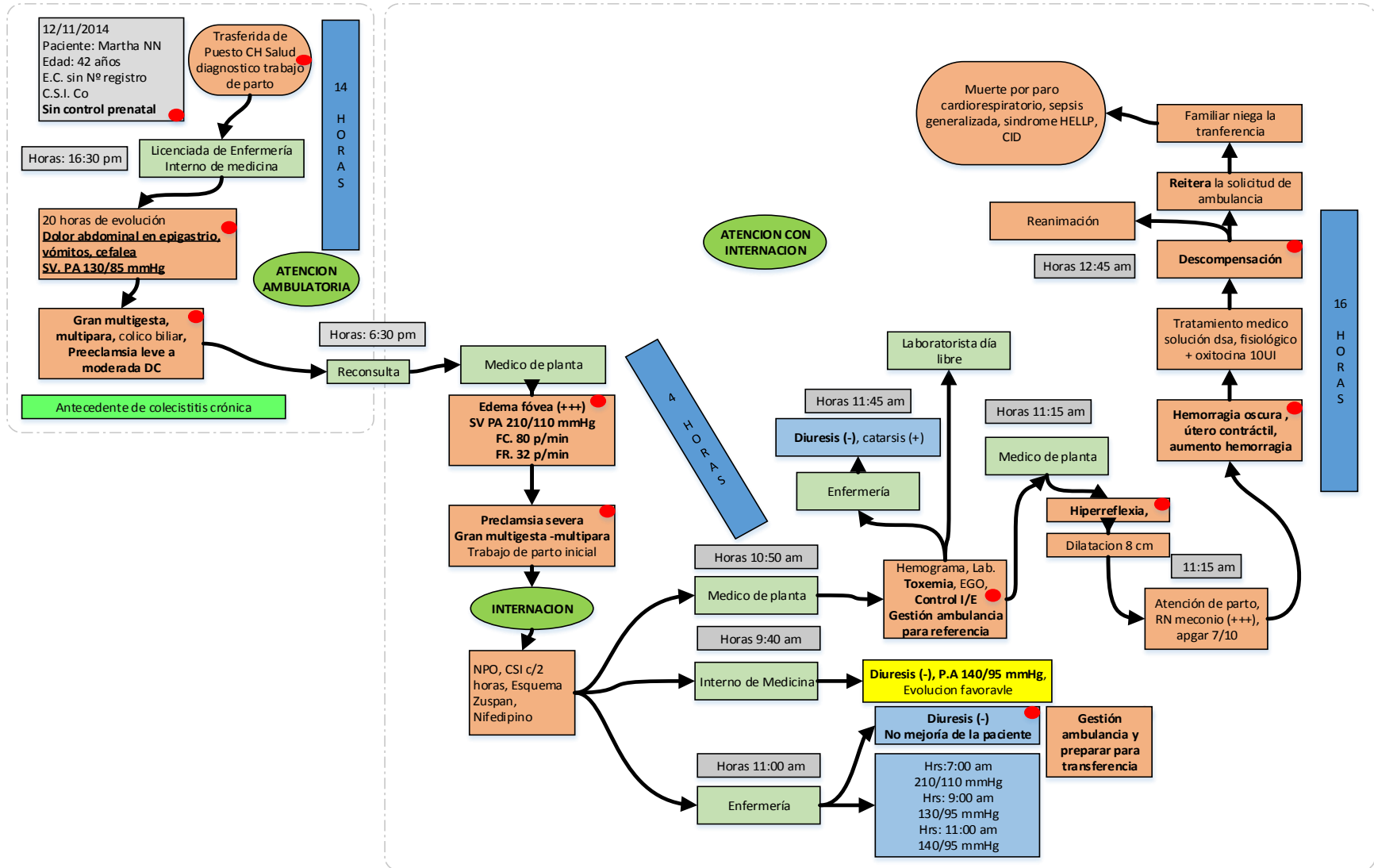
Hora de internación: 6: 30 a.m.

IX. EL CASO (RESUMEN)

Paciente "43 años, sin control prenatal" transferida de Puesto de Salud Chilali., el 11/11/2014 a hrs 16:30 p.m. valorada por enfermera y el interno, síntomas de 20 horas de inicio "dolor en epigastrio, vómitos biliosos y alimentarios, cefalea", gestas 8, partos 7", AB 1, S.V. "PA 130/85 mmHg, FC 82 p/m, FR 32 p/min". Antecedente de colecistitis crónica, al examen físico abdomen con útero gestante, AFU 32, FCF 140, sin dinámica, al tacto cuello cerrado, Dx: Embarazo de 39 semanas por AFU, "Gran multigesta y múltipara", PUV con FCF 144 lat/min, Cólico biliar, "Pre-eclampsia leve a moderada a DC Tx. ambulatorio de butilbromuro de hioquina 10 mg VO c/8 hrs, metoclorpramida 1 comp. VO PRN y reposo relativo, en fecha 12/11/14, 6:30 a.m. a las 14 horas, familiares solicitan atención a domicilio por no haber mejoría, medico valora, álgida, edema fovea (+++) útero gestante, AFU 32 cm, FCF 148 p/min, al tacto borramiento de 30% a 40%, dilatación 2 cm, S.V. "P.A. 210/110 mmHg", FC. 78 p/min, FR. 32/min. Dx "Preclampsia severa", Embarazo de 39 sem. por AFU "Gran multigesta múltipara", PUV con FCF 148 lat/min, Trabajo de parto inicial, con indicaciones Internación, NPO, CSV c/2 horas hasta estabilizar, Sol. Dsa. 5% 1000 cc + sulfato de mg 4 gr en bolo y 1 gr en solución salina para mantenimiento, Nifedipino 10mg VO STAT y luego cada 6 horas. A las 3 horas de ingreso se valora por médico interno, refiere dolor epigastrio, "D (-)", FCR 144 p/min, SV. "PA. 130/95 mmHg", FC. 88 p/mn, FR. 30 p/min. Evolución favorable. "A las 4 horas" valorada por médico, PA 140/90 mmHg, FCF 150 lat/min, AU 2-10-20", borramiento 80%, dilatación 6 cm, indicaciones, Hemograma completo y de toxemia, Examen EGO, Control líquidos, "Gestión de la ambulancia para transferencia", A horas 11:15 am. (5 horas) valorado por el médico, presencia de "hiperreflexia miembros inferiores", FCF 130 p/min, dilatación 8 cm, en sala de parto se procede RAM, "meconio (+++)" y parto a hrs 11:35 a.m., RN a término, apgar 7-10, 11:50 a.m "Hemorragia oscura, útero muy contráctil", indica dsa 1000 cc + 10 UI oxitocina, Sol FSL 1000 cc a chorro, "descompensación

severa” Hrs. 12:40 pm. Reanimación, adrenalina IV, se refiere a otro nivel, los familiares “*niegan la transferencia*” Diagnósticos de fallecimiento: paro cardiorrespiratorio, sepsis generalizada, síndrome de HELLP, Coagulación intravascular diseminada.

X. MAPA PROBLÉMICO (RUTA CRÍTICA)



XI. HALLAZGOS DE AUDITORIA

Según el análisis de la revisión del caso se observan los siguientes hallazgos:

HALLAZGOS	NORMA
Paciente sin ningún control prenatal.	Según la bibliografía de la Normas de diagnóstico y tratamiento en Ginecología Pg. 98 señala que el control prenatal eficiente es detectar antes de las 12 semanas de gestación, la ley 475 cubre la prestación a la mujer, por lo que existe una falencia de la gestante misma y su familia.
Insuficiente manejo de caso por la licenciada de enfermería e interno con la atención ambulatoria pese a la existencia de factores de riesgo y transferida.	Según la Norma Nacional de atención Clínica pag.1197 expresa que el primer nivel de atención, el personal de salud los signos de alarma centrados en la cefalea, dolor abdominal, náuseas y vómitos y de la presión arterial la cual amerita atención especializada y con mayor capacidad resolutive.
Manejo de la paciente que no corresponde al primer nivel de atención, gran multigesta y múltipara.	Según la Norma de diagnóstico y tratamiento en Ginecología Pg.152 expresan que existen factores de riesgo para los casos de los trastornos hipertensivos durante el embarazo que al ser añosa, multigesta y múltipara y su manejo no debe ser expectante

<p>Insuficiente manejo por el personal médico de planta en relación a los protocolos de atención pese a que existieron signos y síntomas de alarma compatible con un embarazo de alto riesgo desde su ingreso hasta su conclusión de su estadía de la paciente, no sospechándose las posibilidades de las complicaciones desde su ingreso.</p>	<p>Norma de diagnóstico y tratamiento en Ginecología Pg.153, expresa que existe síntomas y signos que caracterizan con caso de un trastorno hipertensivo y con diagnóstico establecido el manejo debe realizarse en el nivel con capacidad resolutoria de alta complejidad, según el manual de IMPAC pg. S51 refiere que debe ser realizado la interrupción de embarazo dentro de las 24 horas desde el inicio de los síntomas</p>
<p>El equipo de salud no cumplió los protocolos de atención según el nivel de complejidad pese a los diagnósticos establecidos y además de su referencia oportuna.</p>	<p>Según la Norma Nacional de atención Clínica pag.1199 señala los diferentes niveles de manejo de los pacientes con pre-eclampsia severa debe ser de referencia inmediata</p>
<p>El personal médico pese al conocimiento de la capacidad resolutoria de establecimiento de salud solicita a las 5 horas de los laboratorios.</p>	<p>Según la Norma Nacional de atención Clínica pag.1199 expresa que la solicitud de laboratorios según la capacidad resolutoria, donde tardíamente se solicita análisis de laboratorio pero de acuerdo a su complejidad no corresponde.</p>
<p>Incumplimiento en las funciones como médico de planta ya que fue valorado por el Interno de medicina</p>	<p>Según las normas de SSSRO establece que es parte del personal de apoyo y toda acción debe ser bajo la supervisión del médico tutor.</p>

XII. CONFORMIDADES

- Con la decisión de la internación de la paciente.
- Con la transferencia ordenada por el médico que atendió durante la internación.
- Con las indicaciones médicas iniciales por parte del médico.
- Con el cumplimiento de los protocolos de atención al inicio de la internación.

XIII. NO CONFORMIDADES

- Con la falta de control prenatal que no permite identificar los riesgos asociados tempranamente y la prevención del caso.
- Con las decisiones de atención ambulatoria de personal de enfermería y de apoyo pese a la referencia de otro establecimiento con trabajo de parto y la comunicación oportuna del caso al médico de planta.
- Con las técnicas semiológicas aplicadas y la identificación de los factores de riesgo durante la primera consulta.
- Por la indicación inoportuna en las decisiones desde la transferencia recibida hasta su decisión de transferencia a otro nivel de atención transcurre aproximadamente 16 horas de atención.
- Con el manejo de paciente en el nivel de atención pese a la clínica y los factores de riesgo que caracteriza no se tomó las decisiones del caso.
- El no cumplimiento de los protocolos de atención clínica establecida según el nivel de atención y la Lex Artis.¹⁰
- Con la falencia de recursos humanos de personal de laboratorio permanente en el servicio.

¹⁰ La forma de proceder de un profesional idóneo, profesional que está reconocido con título reconocido legalmente por los organismos reconocidos legalmente acreditados. Manual Práctico de Responsabilidad Jurídica Profesional EN SALUD. Orgas B y Col, pg. 94.

XIV. CONCLUSIONES

- El no realizar el control prenatal también es otro riesgo que conlleva a que la gestante, los familiares y el personal de salud no tengan un conocimiento previo de caso para realizar planes de acción oportuna con el objetivo de prevenir las complicaciones
- La gestante tenía múltiples riesgos como ser añosa, gran multigesta y múltipara y la falta de control prenatal, catalogado como alto riesgo obstétrico.
- El manejo de la paciente no corresponde tomando en cuenta el nivel de atención, la capacidad resolutive, el nivel de formación de recursos humanos establecida en los protocolos de atención médica desde la transferencia, valoración y la internación.
- Desde su inicio de la clínica tomando el tiempo transcurrido, desde la transferencia, el manejo ambulatorio, la internación ha existido el tiempo suficiente para el traslado a otro nivel de mayor capacidad complejidad.

XV. RECOMENDACIONES

- Con los resultados de la Auditoria externa la Dirección de establecimiento de salud debe establecer un proceso interno al personal médico con la finalidad de demostrar las evidencias para posteriormente regular las normas y además de un estudio de peritaje del caso.
- La Dirección del establecimiento de salud deberá realizar un plan de capacitación para la elaboración de los protocolos clínicos adecuados a la realidad local.
- La Dirección debe coadyuvar en la implementación, difusión y la capacitación de las normas y protocolos de atención adecuada a la realidad local.
- La Dirección de establecimiento deberá conformar el comité de auditoría para regular el cumplimiento de las funciones.
- La Dirección del establecimiento deberá establecer un cronograma de auditorías internas periódicas conjuntamente con el comité.

- La Dirección del establecimiento de salud deberá realizar el monitoreo y supervisión periódica para el cumplimiento de las funciones del personal de planta.

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN
GUÍA DE ATENCIÓN DE MUJERES GESTANTES CON TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Como parte de las estrategias de la política Nacional para reducir la morbi-mortalidad materna neonatal el Ministerio de Salud ha impulsado planes con objetivos de mejora continua de la calidad de atención en los distintos establecimientos de salud durante el embarazo parto y posparto las cuales conllevan a complicaciones severas, por otro lado la política de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI centrado en un enfoque de salud pública que coadyuva para construir un sistema de salud con identidad cultural no solo más accesible sino más efectivo y mejor utilizado por la población.

Lo que proyecta la presente guía es dar avances sobre las prácticas adecuadas y oportunas que se deben realizarse en los establecimientos de salud de primer nivel de atención por parte del personal de salud durante la atención de gestantes con hipertensión inducida por el embarazo.

2. MARCO LEGAL

- La Ley 475 Prestaciones de Servicios de Salud integral.
- Resolución Ministerial 0090. 2008, Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud).
- Normas Nacionales de atención Clínica, aprobada por la Resolución Ministerial 579 de 7 de mayo de 2013.
- Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.

3. OBJETIVOS DE LA GUÍA

- Orientar el proceso de atención clínica en el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo en los establecimientos de primer nivel de atención.
- Fortalecer la mejora de los servicios de atención para el manejo oportuno evitando las complicaciones.

4. ¿A QUIÉNES ESTÁ DIRIGIDA LA GUÍA?

La presente está dirigida al personal de salud, administrativo y de apoyo quienes desempeñan sus funciones en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

5. DESARROLLO DE LA GUÍA

Antes de describir el desarrollo de la guía debemos recordar que la misma cuenta con dos partes que se resumen en el siguiente cuadro:

5.1. La llegada de la gestante al centro de salud

5.1.1. La admisión

La usuaria y sus acompañantes ingresan al establecimiento y se realiza la atención en admisión según las normas internas de cada establecimiento de salud. El personal de salud de turno solicitará la documentación extendida por la parte administrativa centrada a lo siguiente:

- Historia clínica de área de archivo.
- Historia u otra documentación que acredite la consulta.

Debe existir:

- Trato cordial y amigable que incidirá en el grado de confianza.
- Apoyo solidario del equipo de salud.
- Buena comunicación

5.1.2. Atención en enfermería

Esta determinará si la parturienta pasará a ser atendida en sala con adecuación cultural o biomédica, considerando la existencia de factores de riesgo.

- Trato amable y solidario para generar confianza.
- Acompañar a la gestante y el familiar en los procedimientos a realizarse.
- Orientar sobre las normas que deben cumplir durante la atención.
- Apoyar en todos los procedimientos médicos a realizarse.

5.1.3. El/la médico/a:

En el caso de que acuda por primera vez antes de las 20 semanas en el establecimiento de salud.

- Realiza la apertura de historia clínica y el carnet perinatal y registro.
- Calcular la edad gestacional.

- Identificar los factores de riesgo de la usuaria
- Realizar el examen integral y su registro
- Solicitud de estudios básicos de laboratorio (hemograma, grupo y factor, tiempo de sangría y coagulación, glicemia, examen general de orina, VDRL)

CONCEPTOS:

Síndrome caracterizado por el aumento de la presión arterial basal, proteinuria y edema.

ANTES DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN

Hipertensión crónica.- presión arterial 140/90 o más mmHg y ausencia de proteinuria.

Hipertensión crónica con pre eclampsia sobre agregada: presión arterial 140/90 mmHg o más y presencia de proteinuria.

DESPUES DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN

Hipertensión inducida por el embarazo.- presión arterial diastólica \geq 90 mmHg y ausencia de proteinuria.

Pre eclampsia moderada.- presión arterial diastólica \geq de 90 mmHg ($>$ 140/90) y presencia de proteinuria anormal.

Pre-eclampsia severa.- presión arterial diastólica \geq 110 mmHg y presencia de proteinuria anormal.

Eclampsia.- cualquier estado hipertensivo que curse con convulsiones tónico-clónicas. (Fuente Norma Nacional de Atención Clínica, 2012, pag 1996)

FACTORES DE RIESGO

Gestante menor de 20 años o mayor de 33 años.

Nulípara o multípara

Embarazo gemelar o múltiple.

Periodo intergenesico corto o largo.

Sobrepeso o IMC \geq 35 kg/mts

Tabaquismo

Drogadicción alcoholismo

Antecedente de pre-eclampsia anterior.

Historia familiar de pre-eclampsia.

Nivel socioeconómico bajo

Antecedentes de abruptio placentario, embarazo molar, toxemia previa, gemelar, hidrops fetal, diabetes mellitus tipo I y II, síndrome de anticuerpos antifosfolipidicos, trombofilia, lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal previa.(Fuente Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión en el Embarazo, 2º ed, Argentina, pag.23)

MEDICIÓN ADECUADA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Paciente en reposo tiempo espera 10 minutos y no haber consumido tabaco o cafeína en los 30 minutos previos.

Utilizar un brazalete de tamaño apropiado para el brazo de la paciente.

Posición sentada con soporte en espalda y semi-reclinada en un ángulo de 45° y el brazo apoyado a la altura del corazón.

Uso apropiado del tensiómetro y calibrado periódicamente.

Se debe realizar con un esfigmomanómetro de mercurio.

Medición en ambos brazos.

Si hay duda en la medición se debe confirmarse con otra toma en 4-6 horas (Fuente Guía de Referencia Rápida en pacientes con pre-eclampsia y eclampsia IMSS 2012, pag.7).

En el caso de que acuda por segunda o más veces con mayor de 20 semanas de gestación:

- Solicita la historia clínica y el carnet perinatal y registro.
- Investigar presencia de cefalea, acufenos y fosfenos.
- Peso de la paciente, medición de la presión arterial, altura del fondo uterino, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, valorar reflejos osteotendinosos, investigar presencia de edema.
- Solicitud de estudios básicos de laboratorio (hemograma, EGO)

5.2. En caso de existir hipertensión inducida por el embarazo.

Es la presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y ausencia de proteinuria

El personal de salud debe:

- Orientar las señales de alarma a la paciente y familiares.
- Programar los controles regulares para la siguiente visita de control.
- Realizar el seguimiento y control en el primer nivel de atención.
- Control e identificación de los síntomas y signos.
- Medición de presión arterial en posición y tiempo adecuado.
- Si existe persistencia de la hipertensión se debe realizarse internación transitoria durante 4 horas de posición decúbito lateral izquierdo y si normaliza la presión en las cuatro horas se confirma que es transitoria continuar con el tratamiento ambulatorio.

- Realiza la transferencia a segundo nivel de atención en caso de confirmarse el diagnóstico.

5.3. En caso de existir pre-eclampsia no severa

La presión arterial diastólica \geq de 90 mmHg ($>$ 140/90).

- Mantener en posición decúbito lateral izquierdo
- Realizar internación transitoria para determinar de clasificación de la hipertensión durante 4 horas.
- Dialogar con la gestante sobre la importancia de los controles y planificación que su embarazo y parto en otro nivel de atención.
- Orientar a la gestante y sus familiares sobre las señales de peligro que indican pre eclampsia moderada y sus complicaciones.
- Dependiendo del estado general si amerita administrar oxígeno 4 a 6 litros para mantener vías aéreas permeables.
- Para prevención de convulsiones realizar el tratamiento con primera dosis de sulfato de magnesio IV lento 4 g más venoclisis de 1.000 ml de solución fisiológica con 10 g de sulfato de magnesio a 33 gotas/minuto (1 g/hora).
- Referir urgente a segundo nivel de atención.

5.4. En caso de existir pre-eclampsia severa

La presión arterial diastólica \geq 110 mmHg y presencia de proteinuria anormal.

Antes de referir al otro nivel de atención:

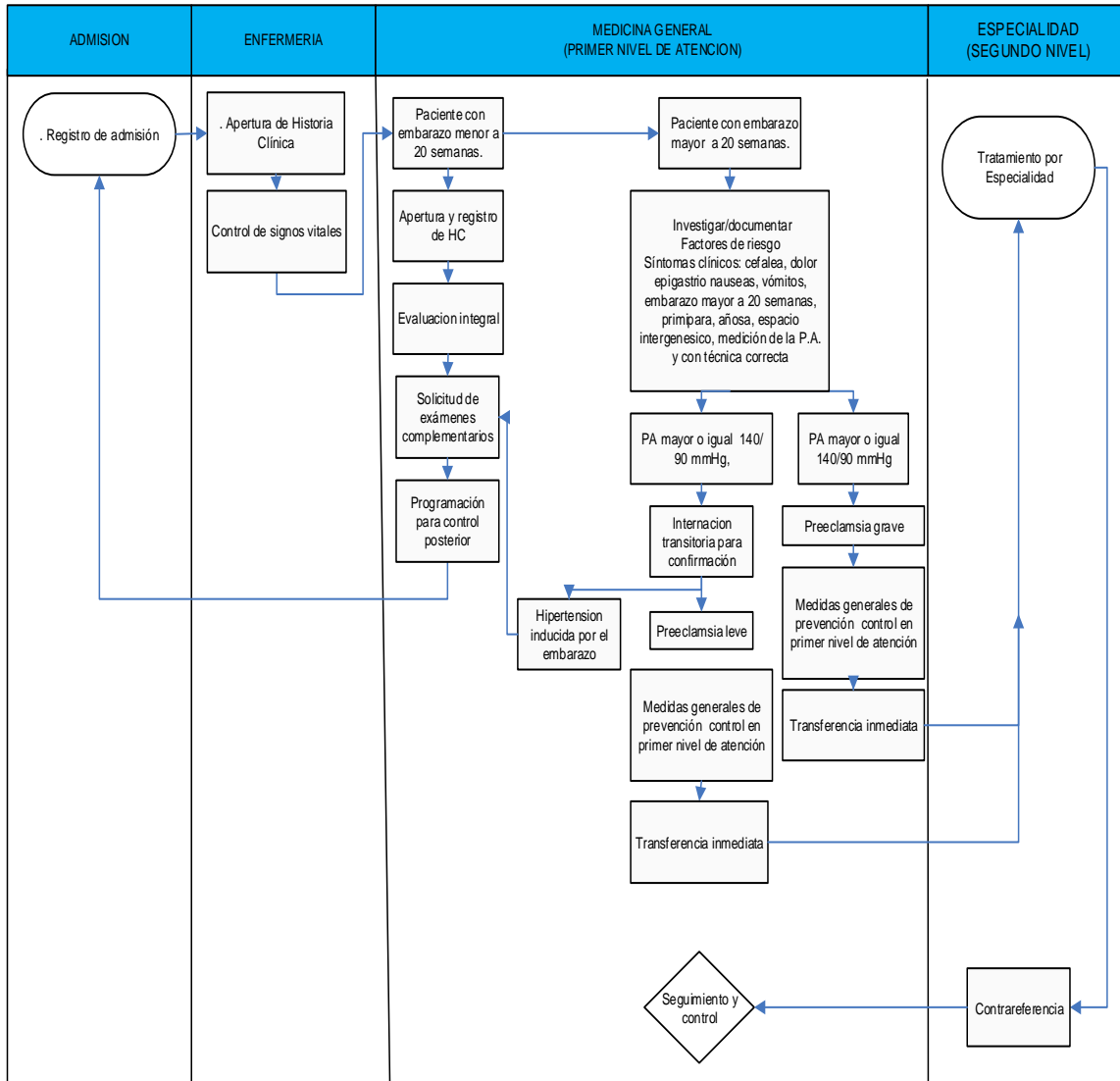
- Mantener en reposo absoluto y en posición en decúbito lateral izquierdo.
- Trabajo integral en equipo de salud.
- Custodiar las vías aéreas permeables.
- Valoración de la presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, condiciones cervicales.
- Para prevención de convulsiones realizar el tratamiento con primera dosis de sulfato de magnesio IV lento 4 g más venoclisis de 1.000 ml de solución fisiológica con 10 g de sulfato de magnesio a 33 gotas/minuto (1 g/hora).
- Referir urgente a segundo nivel de atención.

5.5. En caso de existir eclampsia

Hipertensión asociada a la presencia de convulsiones.

- Trabajo en equipo de salud e integral.
- Medidas generales de cuidado.
- Posición en decúbito lateral izquierdo
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Dar oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por mascarilla.
- Control de signos vitales frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulso, frecuencia cardíaca fetal, dinámica uterina.
- Deberá realizarse el tratamiento con primera dosis de sulfato de magnesio IV lento 4 g más venoclisis de 1.000 ml de solución fisiológica con 10 g de sulfato de magnesio a 33 gotas/minuto (1 g/hora).
- Nifedipino 10 a 20 mg via oral STAT.
- Referir urgente a otro nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACION EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION



6. GLOSARIO

Auditoria en Salud.- Procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y estímulos para su mejoramiento.

Auditoria externa.- procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter correctivo realizado por auditores externos al establecimiento de salud.

Auditoria interna.- procedimiento de carácter técnico evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud.

Coagulación intravascular diseminada.- Complicación severa causada por distintas patologías de base en el organismo.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.- Patología materna que es una complicación causada por la hipertensión inducida por el embarazo.

Expediente clínico.- Conjunto de documentos escritos e iconográficos que constituyen el historial clínico de un paciente.

Embarazo del alto riesgo.- Es aquel paciente que tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos, concomitantes con la gestación y el parto.

Hipertensión gestacional.- es la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg y/o presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg en una mujer gestante que tiene presión arterial normal.

Hiperreflexia.- Aumento de los reflejos osteotendinosos.

Muerte materna.- es la ocurrencia del caso durante el embarazo hasta las 42 días posterior al parto.

Ministerio de Salud.- Instancia máxima en salud a nivel del Estado con funciones específicas.

Pre-eclampsia.- Es la presencia de hipertensión arterial asociada a la proteinuria por encima de los valores normales.

Presión arterial.- fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, resultado de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y su diámetro.

Índice de masa corporal.- criterio diagnóstico resultado de la división del peso sobre la talla elevado al cuadrado y se expresa en kg/mt².

Servicio Departamental de Salud.- Entidad a nivel Departamental que regula las acciones en salud.

Síndrome de HELLP.- trastorno severo del estado de gestación o puerperio, causada por la pre-eclampsia y eclampsia caracterizada por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de recuento plaquetario.

7. BIBLIOGRAFIA

- Cararach Ramonela y col. Pre eclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, vol 16, pag 139-144.
- Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas. IMSS. 2002.
- Embarazo, parto y puerperio en la Provincia Velazco Santa Cruz Bolivia, serie documentación de investigación. 2014.
- Fernández José y col, Instrumentos de la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la pre-eclampsia y eclampsia, vol 7, N°4, 2013.
- Guía de referencia rápida para pacientes con pre-eclampsia/eclampsia. IMSS. 2012.
- Guía de referencia rápida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, IMS, 2008.
- Lapiduz A. Guía para el diagnóstico y tratamiento para la hipertensión en el embarazo.
- Leiz M. Diagnóstico y tratamiento para la pre-eclampsia y eclampsia, Vol 78, junio 2010.
- Ley del ejercicio profesional médico (Ley 3131) Presidencia de la República. La Paz-Bolivia, 8 de agosto de 2005.
- Malvino E, Pre-eclampsia y eclampsia, Buenos Aires, 2011.
- Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica. RM.0090 serie documentos técnico normativos 2008.
- Manejo de complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos.
- Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Editorial ciencia médicas. La habana 1997.
- Norma Técnica para el Expediente Clínico. RM.0090. serie documentos técnicos normativos 2008
- Normas Nacionales de atención Clínica. Serie documentos técnicos normativos 2012.
- Obtención del Consentimiento Informado. RM.0090. Resolución Administrativa 301-2008. Serie documento técnico normativos 2008

- Pérez Sánchez, Obstetricia. Vol 1. Editorial mediterráneo Chile. 2003.
- Prevención, diagnóstico y manejo de pre-eclampsia y eclampsia, IMSS, 4º ed, 2007
- Protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencias, OPS, OMS, UNICEF, UNFPA, 1º ed, 2014.
- Ruanda Y, Estados hipertensivos del embarazo. 2011.
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009.
- Ley Nº 3131 Del Ejercicio del Profesional Médico. 2005.
- Decreto Supremo Nº 28562 Reglamento a la Ley Nº 3131. 2005.
- Ministerio de Salud y Deportes. Proyecto Nacional de Calidad en Salud PRONACS La Paz, 2008.
- Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización. 2010.
- Ley 045 Contra el racismo y toda forma de discriminación. 2010.
- Decreto Supremo Nº 29601 Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia. Modelo de Salud Familiar, Comunitario, Intercultural. 2008.
- Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y red de servicios. 2008.
- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel de Atención. 2008.
- Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Conducta Sanitaria de las Normas del PRONACS. 2008.
- Ley Nº 1178 SAFCO De Control Gubernamental. 1990.
- Rosander. A.C (1995): Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios. Madrid: Diaz de Santos.
- Lorenzo S, Mira JJ, Moracho O. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. En: Gimeno J, Repullo J, rubio S (Eds.). Manuales de Dirección médica y gestión clínica. Díaz de Santos. Madrid 2006.
- Dirección de Calidad en los Servicios de Salud. Ministerio de Salud de Argentina. Amarilla Analía, et al. Conceptos generales de calidad. Programas de calidad.

- <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf> al 20 de octubre del 2017
- Davins J. Generalitat de Catalunya. Sistemas de Gestión de la Calidad. Catalunya 2011.
- Contraloría General del Estado de Veracruz. Metodología para Elaborar Manuales Administrativos, 2008.
- Ministerio de Salud y Deportes. Guías de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud Primer, Segundo y Tercer nivel MSD Bolivia 2008.
- Servicio Departamental de La Paz. Reglamento de Acreditación - Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios- Área Acreditación Servicios de Salud, La Paz, Mar 30 2012.
- Ruelas, E. Reyes, H., 1990. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México 32:207-220.
- Henry Mintzberg; La Naturaleza del Trabajo Directivo (Pág. 85 al 139); compendio Maestría Gerencia Publica; USACH, Santiago, 1999.
- Carlos Gómez Díaz; Teorías Motivacionales y Teorías de Liderazgo; Documento de Trabajo; Universidad de Santiago de Chile, 2000.
- José María Mendoza, Gerencia Participativa para el Sector Salud; Barranquilla – Colombia, 1994.
- Morales Lucrecia; El Perfil Directivo del Gerente Publico y Procesos de Modernización del Estado; CLAD, Venezuela, 2000.
- Revista América Económica; 12 artículos especializados en temas gerenciales, liderazgo y el trabajo directivo 2012-2013.
- Autoestima y Motivación de: Keenan, Kate, Gestión del equipo humano y Manual de la autoestima. Mampa 1995.
- Álvarez F. Instrumentos de la auditoria médica. Ed. ECOE. Colombia. 2006.
- Aranguren E, Rezzónico R. Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud. Ed. Favalaro, Bs. As. 1999.

ANEXO A

RESUMEN CRONOLOGICO DE CASO

Paciente transferida de Puesto de Salud Ch., en fecha **11/11/2014 a horas 16:30 p.m.** recepcionada y valorada por la licenciada en enfermería de planta y el interno de Medicina, con manejo ambulatorio, con síntomas de 20 horas de evolución con *“dolor abdominal en epigastrio no continuo, vómitos biliosos y alimentarios e intermitentes, cefalea de moderada intensidad”*, sin control prenatal: *“gestas 8, partos 7”*, AB 1, Cesáreas 0, S.V. *“PA 140/95 mmHg, FC 82 p/m, FR 32 p/min, T° 37,1 °C”*.

Al examen físico: Abdomen globoso a expensas de útero gestante, AFU 34, presentación cefálica, FCF 140, sin dinámica uterina, al tacto cuello cerrado, diagnóstico:

- Embarazo de 38 semanas por AFU.
- *“Gran multigesta y multípara”*.
- PUV con FCF 144 lat/min.
- Cólico biliar DC.
- *“Preeclamsia leve a moderada a DC.*

Tratamiento ambulatorio con butilbromuro de hioscina 10 mg VO c/8 horas, metoclorpramida 1 comp. VO en caso necesario y reposo relativo.

Fecha 12/11/14 horas 6:30 a.m. posterior a 14 horas de la atención medica ambulatoria el médico de planta acude visita domiciliaria a solicitud de los familiares por no existir ninguna mejoría, es valorada, la paciente refiere que los síntomas empeoran, al examen físico: álgida, abdomen globoso a expensas de útero gestante, *edema fovea (+++)* AFU 32 cm, FCF 148 p/min, al tacto borramiento de 30% a 40%, dilatación 2 cm, signos vitales *“P.A. 210/110 mmHg”*, FC. 78 p/min, FR. 32/min. Diagnósticos:

- *“Preclampsia severa”*.
- Embarazo de 39 semanas por AFU.
- *“Gran multigesta multípara”*.
- PUV con FCF 148 lat/min.
- Trabajo de parto inicial

Conducta:

- Internación.
- NPO.
- CSV c/2 horas hasta estabilizar
- Sol. Dsa. 5% 1000 cc + sulfato de mg 4 gr en bolo y 1 gr en solución salina para mantenimiento.
- Nifedipino 10mg VO STAT y luego cada 6 horas.

Horas 9:40 a.m. valorado por interno de medicina, dolor epigástrico, “D (-)”, FCR 144 p/min, SV. “PA. 130/95 mmHg”, FC. 88 p/mn, FR. 30 p/min. Evolución favorable.

Horas 10:50 a.m. valora el médico de planta, PA 140/90 mmHg, AFU 30 p/min, FCF 150 lat/min, AU 2-10-20”, borramiento 80%, dilatación 6 cm, indicación 1) Hemograma completo y de toxemia, 2) Examen EGO, 3) Control líquidos 4) Gestión de la ambulancia para transferencia 5) Comunicar cambios.

Horas 11:15 am. valora el médico de planta, al examen “hiperreflexia miembros inferiores”, FCF 130 p/min, dilatación 8 cm, pasa a sala de parto, se procede al RAM, meconio (+++) y atención de parto a horas **11:35 a.m.**, recién nacida a término, apgar 7-10.

Horas 11:50 a.m presenta “hemorragia oscura pequeña cantidad, útero muy contráctil”, aumento progresivo”, se indica dextrosa 1000 cc + 1 amp. 10 UI oxitocina, a chorro, 1000 cc de Sol. Fisiológica a chorro, “descompensación grave”.

Hrs. 12:40 pm. Procede a reanimación con adrenalina IV, se solicita ambulancia para su traslado inmediato a otro nivel de atención, los familiares “niegan la transferencia”

Diagnósticos de fallecimiento: paro cardiorespiratorio, sepsis generalizada, síndrome de HELLP, coagulación intravascular diseminada

ANEXO B
HISTORIA CLINICA ORIENTADA A PROBLEMAS

CUADRO Nº I: DATOS GENERALES DEL PACIENTE Y LOS RELATIVOS A SU ATENCION

NOMBRE	Martha Mamani	EDAD	43
Nº DE HC	Sin Numero	SEXO	Femenino
FECHA DE INGRESO	12/11/14	OCUPACION	Labores de casa
FECHA DE EGRESO	12/11/14	PESO	68 Kgs
DIAS DE INTERNACION	6 horas	TALLA	1.47 mts
HOSPITALIZACION	6 horas	ESTADO CIVIL	Casada
ESTADO DE INGRESO	Regular estado general	PROCEDENCIA/RESIDENCIA	Población Ch
CAUSA DE INGRESO		REFERIDO	
SERVICIO AL INGRESO		ACOMPAÑANTE	Esposo y Hermana

CUADRO Nº 2 TIPO DE PROBLEMA

FACTORES RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
DIAGNOSTICO/ENFERMEDAD:INGRESO	Preeclamsia severa, Embarazo de 38 sem x AFU, PUV FCF 144 x min/ Trabajo de parto inicial
DIAGNOSTICO ENFERMEDAD/EGRESO	Paro cardiorespiratorio, Síndrome de HELLP, CID
FRECUENCIA DE OCURRENCIA DEL PROBLEMA	
DEFICIENCIA/INCAPACIDAD MINUSVALIA	Ninguna
SINTOMA	Dolor Abdominal en epigastrio, cefalea, náuseas y vómitos biliosos.
SIGNO	Edema fovea (+++), PA 240/150 mmHg,
EXAMEN COMPLEMENTARIO ANORMAL	No cuenta ningún laboratorio
ALERGIA, EFECTO ADVERSO DE UN FARMACO	No describe
INTERVENSION QUIRURGICA	Ninguna
SINDROME MEDICAMENTE DEFINIDO	Ninguno
EFFECTOS DE UN TRAUMATISMO	Ninguno
FACTOR DE RIESGO	Edad 43 años, multigesta, multipara.
TRASTORNO PSICOLOGICO/PSIQUIATRICO	Ninguno
ALTERACION FAMILIAR,SOCIAL O LABORAL	Deja en orfandad hijos y aflicción en la familia.

CUADRO Nº 3 CLASIFICACION DE LOS PROBLEMAS Y CRITERIO

CLASIFICACION DE PROBLEMAS	TIPO
Según su aparición	
Conocidos	Se desconoce porque no realizó ningún control prenatal.
Nuevos	Síntomas de dolor abdominal, vómitos y cefaleas S.V. PA 240/150 mmHg
Según su duración	
Agudos	Paro cardiorespiratorio, complicaciones: Síndrome de HELLP
Crónicos	Ninguno

Según su registro	No se registró los procedimientos y las decisiones en su totalidad.
Estudiados/atendidos	
Principales	
Asociados	
Listados	
Catalogados	

CUADRO Nº 4 BASE DE DATOS

4.1. MOTIVO DE CONSULTA Dolor abdominal, vómitos y cefalea				
4.2. ENFERMEDAD ACTUAL Paciente transferida del Puesto de Salud Chocorosí, hace 30 horas inicia su cuadro por presentar dolor abdominal de tipo punzante en epigastrio, de moderada intensidad, vómitos biliosos y alimentarios y cefalea de moderada intensidad en forma continua, recibió tratamiento ambulatorio hace 9 horas de amoxicilina comp 1 gr, Butilbromuro de hioscina comp de 10 mg VO cada 8 horas y metoclorpramida comp 1 tab. VO con las cuales no hubo mejoría del cuadro por esta razón acude nuevamente para la consulta.				
4.3. ANTECEDENTES PERSONALES (ESPECIFICAR)			4.4. ANTECEDENTES FAMILIARES	
CLINICOS	Ninguna	CARDIOPATIA ISQUEMICA		NO
QUIRURGICOS	Ninguna	AVC		NO
GINECO-OBSTETRICOS	Gestas 8, partos 7, AB 1, Cesáreas 0, FUM no recuerda	DBT		NO
TRAUMATOLOGICOS	Ninguna	HTA		NO
INTOXICACIONES	Ninguna	TUBERCULOSIS		NO
ALERGIAS	Ninguna	NEOPLASIAS		NO
METABOLICAS	Ninguna	ALERGIAS		NO
PSIQUIATRICAS	Ninguna	PSIQUIATRICAS		NO
PSICOLOGICAS	Ninguna	PSICOLOGICAS		NO
INTERNACIONES	Ninguna	OTROS		NO
HABITOS Consumo alimentos variados, a predominio de carbohidratos, intolerancia a alimentos colecistoquinéticos				
INTERNACIONES ANTERIORES Ninguno				

CUADRO Nº6 LISTA DE PROBLEMAS

DETECTADOS EN LA ANAMNESIS , EXAMEN FISICO, LABORATORIO Y GABINETE	
1. Examen de Salud: Regular estado general	4. Tabaquismo: ninguna
2. Hipertensión: P.A. 240/150 mmHg	5. Colesterol elevado: No realizado el control
3. Obesidad: no verificable	

CUADRO Nº6 EVOLUCION SOAP

S- SUBJETIVO	
Dato	Historia clínica
Expresiones del paciente	Dolor abdominal, vómitos y cefalea

O-OBJETIVO	
Talla	1,47 mts
Peso	68 kgs
Sistema cardiovascular	F.C. 88 p/min

C:IEC RECOMENDACION SOBRE SU ENFERMEDAD	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Complicaciones agudas	12/11/14	No	No	No	No	No	No	No	No
Criterios de buen control	12/11/14	No	No	No	No	No	No	No	No
Complicaciones crónicas	12/11/14	No	No	No	No	No	No	No	No

CUADRO Nº8 REFERENCIA SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION

1. VERIFICACION IDENTIDAD DEL PACIENTE	
2. CORROBORACION DE PRACTICA MEDICA EN LA ATENCION A LA PACIENTE	
3. VERIFICACION DE LA SITUACION DEL PACIENTE EN SU INTERNACION	
4. REGISTRO DE OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS	
5. ASESORAMIENTO AL AFILIADO Y FAMILIARES SOBRE SUS DERECHOS	
6. ESCUCHAR AL USUARIO SOBRE DUDAS Y NO CONFORMIDADES	
7. SOLUCION AL TIEMPO REAL LOS PROBLEMAS PRESENTADOS	
8. EVALUACION SOBRE LA ATENCION MEDICA Y HOSPITALARIA	
9. OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS CONTRACTUALES	
10. DIALOGAR Y UTILIZAR ANALISIS DEL CASO	

II. APLICAR GUIAS DE INASES Y RESULTADOS

III. GUIAS DEL MINISTERIO DE SALUD Y RESULTADOS

IV. ANALISIS DE DIAGNOSTICO CLINICO Y DE LAS PATOLOGIAS PRESENTADAS

El manejo de los diagnostico de ingreso fueron cumplidos de acuerdo a la norma, pero según el análisis de los registros no son concordantes con la signosintomatología y lo que se describe, con los valores encontrado de la presión arterial clínicamente debería estar en una evolución desfavorable.

V. EVOLUCION Y COMENTARIO FINAL

Se aprecia que desde su ingreso no se ha considerado los factores de riesgo que tenía la paciente, sino se ha tomado decisiones de acuerdo a las modificaciones cervicales y la ausencia de la ambulancia en el establecimiento de salud la cual no fue realizada en seguimiento desde su inicio.

VI. CONCLUSIONES PRELIMINARES

Los registros de datos en el expediente clínico de atención no fueron cumplidos de acuerdo a la norma.

El manejo de los diagnósticos al final del caso que son el paro cariorespiratorio, síndrome de HELLP, sepsis generalizada, Coagulación intravascular diseminada las cuales según el manejo desde el ingreso de la paciente cuyas evoluciones no son concordantes con la clínica que se registra y el empeoramiento del estado en el tiempo desde su internación.

El manejo del caso no fue realizado oportunamente, pese a que fue transferido de otro establecimiento no fue tomado en cuenta los factores de riesgo que tenía la paciente, conociendo la capacidad resolutoria de establecimiento de salud y además el traslado a otro nivel de atención no se priorizado.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

De acuerdo a lo establecido en las Normas y manuales vigentes en nuestro país se concluye a los siguientes:

1. VERACIDAD

El auditaje realizado se ha cumplido según las normas que regulan, lográndose los resultados propios del expediente clínico de atención desde el ingreso de la paciente hasta su conclusión de la atención brindada en el establecimiento de salud.

La auditoría se ha realizado con el fin de mejorar la calidad de atención en el establecimiento de salud.

2. CARÁCTER CIENTIFICO

Durante todo el proceso de atención médica no fue cumplida de acuerdo a las normas y protocolos de atención médica que muestra la bibliografía y además de la Lex Artis.

3. OPORTUNIDAD

Que revisadas y analizadas los registros del expediente clínico de atención, existió múltiples oportunidades para la toma de decisiones que son momentos que no fueron logrados por el equipo de salud.

4. INTEGRIDAD

El cumplimiento de

5. SUJECION A NORMA

El resultado de la revisión y análisis de manejo de los expedientes clínicos no fueron cumplidos, se observa la inexistencia de documentaciones que son elementos esenciales para establecer estrategias para la mejora de los mismos.

6. CLARIDAD Y PULCRITUD DEL LLENADO

En la mayoría de los registros del expediente clínico existe la claridad del mismo a excepción del personal médico que no registran con una legibilidad aceptable.

7. CONFIDENCIALIDAD

El manejo del mismo es necesario cumplir con las normas éticas, donde la documentación y los resultados de los mismos solo deben tener conocimientos el personal autorizado.

8. ASPECTOS ASISTENCIALES

En relación a las acciones cumplidas por el servicio de enfermería fueron cumplidas de acuerdo a las indicaciones y ordenes médicas y su registro correspondiente, a excepción de cumplir los firma y el sello que no fueron cumplidos en su totalidad.

9. MANEJO DE NORMAS Y PROTOCOLOS

Los procedimientos realizados por el medico donde muestra la no conformidad en el cumplimiento de las normas y los protocolos de atención, además de la Lex Artis.

10. OTROS

No existen registros de seguimiento de la gestión del medio de transporte, se aprecia al inicio el registro de preparación de transferencia de la paciente hasta que transcurre la etapa final del mismo se aprecia la reiteración de gestión de la ambulancia, durante este tiempo no existía un responsable que pueda coadyuvar el transferencia oportuna.

Las documentaciones que son parte legal del expediente clínico deberán ser realizadas por el personal médico de planta y no el personal de apoyo las cuales no tienen una responsabilidad legal.