

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA
MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



ESPECIALIALIDAD EN GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA
PROPUESTA DE INTERVENCION

TEMA:

AUDITORIA MEDICA, COMO INSTRUMENTO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y AL RECIEN NACIDO, EN EL SERVICIO **DE ALTO RIESGO OBSTETRICO** DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

AUTOR: Dr. WILFREDO CANAZAS CONDE

TUTOR: Dr. EDGAR O. CACERES VEGA

La Paz - Bolivia

INDICE

	Pagina
RESUMEN	3
1 INTRODUCCION:	4
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	9
4 OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
5 JUSTIFICACION	11
6 ANTECEDENTES METODOLOGICOS.....	13
7 MARCO TEORICO	18
• DE CALIDAD LOS SERVICIOS DE SALUD	18
• LA ECONOMIA Y SALUD	22
• LA AUDITORIA MÉDICA Y SALUD	22
8 HIPOTESIS	23
8.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	32
9 DISEÑO METODOLOGICO.....	34
9.1 DISEÑO	35
9.2 UNIVERSO O POBLACION DE REFERENCIA.....	36
9.3 MUESTRA O POBLACION DE ESTUDIO	37
9.4 FASES METODOLOGICAS	38
9.5 PLAN DE ANALISIS DE LOS DATOS.....	42
10 CRONOGRAMA - PRESUPUESTOS	46
11 HERRAMIENTAS DE CALIDAD	47
12 CONSENTIMIENTO INFORMADO	74
13 BIBLIOGRAFIA	100
14 ANEXO	102

RESUMEN

Se plantea implementar un sistema de AUDITORIA MEDICA INTERNA PARA LA ATENCION DE LA MUJER GESTANTE Y EL RECIEN NACIDO, en el servicio de ALTO RIESGO OBSTETRICO del Hospital de la mujer, con el objeto de mejorar la calidad de atención medica, para todas las mujeres gestantes que acuden a este Hospital de III nivel, considerado Nro. 1 del departamento de La Paz y de referencia departamental.

Para esta actividad, se diseñaron instrumentos de medición y basados en el concepto y la relación directa que existe de los registros hospitalarios y la calidad de atención, formulando criterios sobre la elaboración de las Historias Clínicas, comparándolas con las normas preestablecidas y actos médicos Estándar, con la única finalidad de identificar deficiencias y no conformidades para la mejora de la calidad del servicio.

Consecuentemente, se pretende obtener a través de la identificación de fallas en el acto médico, mejoras continuas, con programación de tareas educativas, reforzamiento de infraestructuras, equipamiento y apoyo de RR HH, si fuera necesario.

1 INTRODUCCION:

Se realizara implementación de un sistema de **auditoría medica interna, para la atención de la mujer gestante y Recién Nacido**, en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del hospital de la mujer, siguiendo los mismos pasos en lo que se refiere a proceso, objetivos, evaluación e informe, en base a una revisión sistemática que comparara las características de calidad de la atención obstétrica, brindada con la calidad ideal y deseada en base a criterios y normas preestablecidos que nos van a permitir formular criterios sobre la atención obstétrica de pacientes, demostrando que existe una relación directa entre la calidad de los registros y las prestaciones de salud existentes.

En este contexto de calidad, se hace necesaria la implementación de un sistema de auditoría médica al acto médico, teniendo presente que la auditoria es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias y no conformidades, que pueden ser remediadas. La auditoria del acto médico tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas.

El Hospital de la Mujer, es el primer hospital de III nivel de todo el departamento de La Paz, identificado como un centro de atención exclusiva a la mujer, tanto a la gestante como a la no gestante.

Esta condición compleja, de este centro hospitalario exige que sus prestaciones tenga todos los servicios de atención medica a este grupo especial de la población, y su departamento de Alto Riesgo Obstétrico se convierte en el más sensible y de cuidado en la atención de pacientes internadas en este servicio, dependiendo por tanto del nivel de cuidado que se tenga, para evitar la morbi mortalidad Materno fetal y posibles acusaciones Medico legales.

Estos antecedentes hace que se planten algunas alternativas de solución, pensando siempre en elevar la calidad de atención médica y del mismo acto médico planteándose de esta manera, una Auditoria Medica al Acto médico, en este servicio que es de máximo cuidado

La Auditoria medica, al pretender la mejora de la calidad de la atención en salud, lleva necesariamente al examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas y las instituciones, en este caso al hospital de la mujer, con el fin de verificar y certificar de manera independiente que los procesos aseguran los mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes y con la mayor eficiencia posible.

La auditoria médica del acto médico, se podrá convertir en una componente de un sistema de garantía de la calidad, entendido este como el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

El punto de partida esencial para conducir un sistema de garantía de la calidad es la evaluación tanto del sistema en general como de una organización, servicio o profesional.

La auditoria de la calidad es, por lo tanto, un importante proceso sistemático que articulado con los otros componentes del sistema de garantía de la calidad, busca mejorar la calidad y el resultado de la atención en salud, a través del examen de las prácticas de atención contra estándares establecidos y la modificación de las mismas para hacerlas pertinentes y congruentes con el avance en el conocimiento, validado por la evidencia científica.

La infraestructura del hospital de la mujer, tiene todos los servicios necesarios para la atención de pacientes y la ejecución de los programas prioritarios del Ministerio de Salud, y por su característica de ser de referencia, su población de

atención es de casos complicados que no han podido ser resueltos en otros centros, su servicio de Alto Riesgo Obstétrico es de lo más complejo por la gran variedad de enfermedades añadidas al embarazo, parto y puerperio. La demanda crece en relación a los insumos y materiales, como también en la implementación de equipos médicos y de los recursos humanos que debe ser de lo más selecto posible tal cual exige las normas internacionales, sin olvidarse que las actualizaciones y renovación de estos implementos debe estar vigentes, siguiendo siempre las recomendaciones de la organizaciones mundiales de salud, su omisión podría ser causa de alguna no conformidad de las auditorias que se pretende implementar.

De no existir este equilibrio entre las necesidades de los materiales de apoyo, con las demandas de pacientes internados, podrían ocasionar debilidades en la atención del estas enfermas internadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hospital de la Mujer, es considerado actualmente como uno de los más importantes del departamento de La Paz, esta categorizado como de III nivel y es el principal centro de referencia con relación a los otros hospitales.

Sus diferentes servicios, tienen una organización definida y es un requisito para la **acreditación de hospitales**, utilizada como un sistema de control que tiene el Ministerio de Salud y lo realiza una vez al año, a todos los centros de salud y hospitales dependientes de este Ministerio.

Uno de los servicios más sensibles es el de Obstetricia, que actualmente tiene múltiples problemas y sus médicos son acusados constantemente de negligencia médica, por los usuarios afectados de Morbimortalidad materno fetal.

Cuando se trata de afrontar estos conflictos, se observa claramente la deficiencia de un mecanismo de control y regulador de la actividad médica y administrativa, surgiendo muchos criterios médicos y conceptos clínicos, producto de las diferentes escuelas de donde provienen los profesionales, y en algunas de las veces no se llegan a conclusiones satisfactorias ni para el médico ni el paciente, obligando a los Entes superiores, a realizar Auditorías externas, que no siempre son reales y fácilmente dañan las dignidades de los profesionales y de personas afectadas por una denuncia.

Últimamente, se ha estado observando múltiples publicaciones de la prensa oral y escrita, de por lo menos 15 denuncias por negligencia médica, de las cuales 10 están en los estrados judiciales, ventilándose mediante juicios ya sea por la vía penal como civil, tipificados como “crimen culposo” y daños a la salud Pública; que por otra parte aún no han sido definidas las leyes que puedan regular estos aspectos, porque son juzgados con códigos elaborados para cualquier delincuente común, situación que complica al sistema de salud y al médico en particular. De estos casos, muy pocos llegaron a concluir los juicios y se sabe también de médicos que llegaron a ser reclusos en cárceles públicas, como si fuesen delincuentes comunes.

Los hospitales y todo el sistema de salud, carecen en su totalidad de Normas y Protocolos de atención médica y sanitaria, el Ministerio de Salud a través de su departamento de Gestión de hospitales, ha elaborado un sin número de Normas y protocolos, con publicaciones anuales, semestrales e incluso quincenales, animados siempre de los problemas que surgen en la prestación de servicios médicos, que llegan a todos los centros y hospitales de salud, donde son archivados sin el conocimiento previo de los actores principales como son los médicos y enfermeras, quienes están en contacto con los enfermos, siendo por tanto un trabajo incompleto de parte del Ente rector, no existiendo la difusión necesaria de estas publicaciones para su aplicación correspondiente, y por tanto seguirá existiendo errores de conceptos y tratamientos en el manejo de los

pacientes. Esta problemática es notoria en los servicios de mayor afluencia y donde los indicadores de salud son alarmantes cuando se habla de una muerte materna o de un recién nacido, dado que va acompañado de un componente sensible que repercutirá en toda una sociedad y núcleo familiar con graves consecuencias para la familia y su entorno.

Se ha planteado que las estadísticas mundiales sobre morbilidad materno fetal, nunca es cero, aun en hospitales muy bien equipados y con alto prestigio de atención medica, la población no comprende sobre esta situación, donde buscan siempre un culpable de un fallecimiento, surgiendo incluso un tercer participante en este conflicto, como es el Abogado, quien asesora al damnificado para obtener algún rédito económico y se plantea la denuncia, ordenándose luego la Auditoría interna y externa del caso, que significa la revisión del expediente clínico y cumplimiento de normas y protocolos; como se mencionaba antes estos documentos no habían sido difundidos adecuadamente, entonces es posible encontrar algunas no conformidades que pudieran perjudicar al personal médico y paramédico de estos centros de atención medica.

Ante esta problemática, se pretende implementar un Sistema de Auditoria Medica Interna en el servicio de obstetricia, como un instrumento de mejora de la calidad del acto médico en atención de los usuarios, que permitan al médico tratante y todo el servicio de Alto Riesgo Obstétrico, presentar los descargos necesarios cuando existan los conflictos medico legales con los pacientes y los participantes en su atención.

3 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Será la Auditoria Médica Interna, un instrumento de mejora de la Calidad de atención a la mujer gestante y Recién nacido, en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de la Mujer?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención Médica, a la mujer Gestante y al Recién Nacido, con la implementación de un sistema de Auditoria Médica interna al acto médico, en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de la mujer.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar el diagnostico inicial de la calidad en la atención a la mujer gestante y Recién nacido, en el servicio de Obstetricia del Hospital de la Mujer.
2. Impulsar mediante la Auditoria Medica, un sistema de Educación y perfeccionamiento continuos de los aspectos médicos, preocupados siempre de la calidad, calidez y seguridad en las prestaciones de salud, reparando al mismo tiempo cualquier conflicto en el orden no penal.
3. Controlar la intervención de otros participantes en la atención medica, mediante evaluaciones técnicas de calificación de actos y conductas para mejora de la calidad.
4. Convertir las acciones de Auditoria Medica, en acciones de investigación, detección de problemas y en adecuación a la Lex Artis Medica, lo que facilitara establecer y delimitar la responsabilidad medica.
5. Estimular mediante la Auditoria Medica, la utilización de guías Clínicas, normas, protocolos y manual de procedimientos para la atención de la mujer gestante y recién nacido, y convertir las acciones de Auditoria Medica, en acciones de investigación, detección de problemas y en adecuación a la Lex Artis Medica, lo que facilitara establecer y delimitar la responsabilidad medica.

6. Vigilar y cautelar mediante la Auditoria Medica, los aspectos éticos y morales de los prestadores de Salud para su fiel cumplimiento.
7. Evaluar la aceptación de la auditoria al acto Médico, tanto al personal médico, paramédico y al cliente.
8. Realizar un diagnóstico final de la calidad del acto Medico.

5 JUSTIFICACION

La implementación de un sistema de auditoría medica al acto médico, en el servicio de obstetricia del hospital de la mujer, constituye un instrumento importante de control de la calidad y la mejora continua de la atención medica hospitalaria, que nos permitirá conocer y seguir el accionar médico especializado de este hospital, considerado de III nivel y de referencia del departamento de La Paz.

Al constituirse en un servicio muy importante y complejo del hospital de la mujer, la atención del binomio Madre niño es la prioridad en las políticas de salud del gobierno actual, una defunción materna o fetal, repercute en toda la sociedad boliviana y en particular en el departamento de La Paz, la participación de otros actores sociales como es la prensa escrita y televisiva, ahonda aun mas el problema de la morbi mortalidad materno fetal, involucrando a personas como es el Defensor del pueblo, la Comisión social de la cámara de Diputados y otros, que emiten criterios sin un conocimiento exacto de los acontecimientos, que en la mayoría de los casos dañan la dignidad de los Médicos y paramédicos, incluyendo a la institución.

Ante esta realidad, la creación de un instrumento que regule el accionar medico, y al mismo tiempo que prevenga futuros conflictos, se convierte en una necesidad imperiosa para ayudar en la solución de esos problemas, con minuciosa

investigación de los hechos y del cumplimiento de normas y otras guías sobre los que trabajan los servidores de salud.

La Auditoría Médica, puede considerarse como un instrumento de la mejora de la calidad y del acto médico y por esto debe considerarse los siguientes aspectos:

1. Incorporar los elementos esenciales que se requieren para la realización de una auditoría médica:

Las normas clínicas y administrativas que deben ser claras, conocidas, difundidas y actualizadas; mediante la existencia de protocolos clínicos; historias clínicas completas, legibles y con información clara, concisa y debe ser oportuna, veraz y completa; junto con un personal idóneo a cargo del control interno y de la auditoría clínica.

2. El sistema de auditoría médica interna en el hospital de la mujer, debe asignarse la importancia necesaria y de contar con mecanismos que permitan controlar y evaluar en forma permanente, la calidad de la atención médica proporcionada ordenada. La información sobre estadísticas hospitalarias en la sala de hospitalización, consultorios de especialidad, Unidades de Emergencia y otros.

3. Formación de un **Comité de Auditoría médica interna** en el hospital de la mujer, que debe estar constituido, por un médico auditor y profesionales médicos de cada área o Unidades, capacitados y formados en el área de auditoría, que tengan la convicción de que no es punitivo y además estas auditorías serán a los hechos y no a la personas, con el único fin de elevar la calidad de atención obstetricia en este hospital, velando el bienestar del binomio madre niño.

6 ANTECEDENTES METODOLOGICOS

Al integrar los conceptos de “objetivo de la atención” con el de la “calidad de la atención”, se puede establecer en forma precisa y en términos absolutos, los límites entre los grados de calidad:

1.- Logro del objetivo de la atención medica, como consecuencia de la integración de los elementos esenciales:

- a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales y conocimientos médicos vigentes y uso adecuado de la tecnología apropiada, congruente con la complejidad del problema de salud y el nivel de atención.
- b) La oportuna realización del proceso de atención que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones, sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

La conjunción de la oportunidad y un proceso de atención correctamente realizados, no permitirá alcanzar un mínimo indispensable de calidad con una calificación de SUFICIENTE.

El logro incompleto o nulo del objetivo de la atención medica como resultado de la combinación de fallas, el logro de objetivos será INSUFICIENTE.

El logro del objetivo de la atención medica y de la satisfacción de la paciente, con ambiente confortable, con trato personalizado y amable, la calificación será de EXCELENTE.

En nuestro medio, las instituciones que más se han preocupado en implantar un sistema de Auditoria Medica es la Caja Nacional de Salud, creando una entidad descentralizada del poder ejecutivo a través de un DS No. 23716¹ del 15 de enero

¹ Fuente publicación INASES

1994, denominado Instituto Nacional de Seguro de salud (INASES), con los objetivos de hacer cumplir los principios de Eficiencia, economía, suficiencia y oportunidad en los regímenes de corto plazo de la Seguridad Social.

Posteriormente se emiten otros decretos supremos:

El artículo 55 del D.S. 25186 de 30/09/1998, sobre el Seguro Médico Gratuito de Vejez, establece que el INASES realizará la fiscalización de la afiliación y el cumplimiento de las normas contenidas en la ley y el reglamento del Seguro Médico Gratuito de Vejez.

El D.S. 25265 del 31/12/1998 que crea el Seguro Básico de Salud y su Reglamento R.M. 0187-99 del 7/05/99. En el Parágrafo III, Artículo 9º establece que el INASES fiscalizará el cumplimiento de las normas en lo que corresponde al otorgamiento de prestaciones a cargo de las Entidades Gestoras del Sistema de Seguridad Social.

El artículo 8º del D.S. 25471 del 28/07/1999, establece que el INASES, es el órgano responsable del control y fiscalización de los Seguros de Salud, con facultades de evaluación y supervisión sobre los Entes Gestores y Seguros Delegados.

Por todo corresponde efectuar la adecuación institucional del INASES, al marco estructural establecido por la LOPE y sus Disposiciones Reglamentarias, para lograr una eficiente gestión administrativa y el cumplimiento de su misión institucional.

Entre sus actividades, el INASES debe Fiscalizar a los siguientes entes gestores:

A) ENFERMEDAD

Caja de salud:

- Caja nacional de salud
- Caja petrolera de salud
- Caja de salud de la banca privada
- Caja bancaria estatal de salud
- Caja de salud de las corporaciones de desarrollo
- Caja de salud de caminos

B) SEGURO DE MATERNIDAD

Prestaciones en Especie:

- Asistencia Médica en el Embarazo
- Asistencia Médica en el Parto
- Asistencia Médica en el Puerperio
- Planificación Familiar
- Consejería

C) SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

Prestaciones en

- Asistencia Médica
- Prevención
- Rehabilitación

El Instituto Nacional de Seguro de salud, fue creado como un ente fiscalizador del Sistema de seguros de Salud (integrado por todas las cajas y entidades que prestan estos servicios) y seguros como de la Vejez y SUMI, atendiendo también los requerimientos del Ministerio de Salud frente a denuncias de mala Praxis Médica que se hayan producido en las instituciones públicas.

Aparentemente esta institución, parece haberse creado con fines punitivos, tal como menciona en su objetivo² :

“Lo que hacemos nosotros es establecer ciertas responsabilidades de profesionales, de autoridades, en fin, que han tenido que ver en el desenlace del caso que se denuncia. Se recomienda establecer procesos administrativos, (se menciona) que lo tiene que hacer la institución para que determine sanciones y justificativos, y escuche también Ribera.

La falta de infraestructura puede ser motivo de una mala atención; sin embargo — según Ribera, y a partir de las diferentes auditorias médicas que realizó la institución—, es más frecuente la detección de fallas procedimentales.

En Latinoamérica, existe información de implementación de Auditorias medicas en la República del Perú.³

En 1987 (del 16 de Septiembre al 14 de Octubre) se tiene la primera referencia de propuesta de inicio de Auditoria Médica en el Hospital Almenara del Seguro Social del Perú a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, quién concluyó con una adecuación del archivo de Historias Clínicas, sin iniciar el procedimiento de Auditoria; además asesora al Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud sobre registros, al San Bartolomé sobre la historia clínica peri natal simplificada, culmina su trabajo con un ciclo de charlas en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Con este antecedente José Piscoya

² Fuente publicación INASES

³ Calidad de atención en salud a través de la Auditoria Medica/ Jose Piscoya.

conjuntamente con el Directorio del Hospital Almenara de Es Salud y la Junta Directiva del Cuerpo Médico establecen las bases de un Servicio de Auditoría Médica el cual funciona ininterrumpidamente desde esa fecha y es el referente obligado a nivel nacional con sus doce publicaciones sobre temas de la especialidad. La Dirección General del Hospital puso en vigencia el modelo único de Historia Clínica y acto seguido se creó la Oficina de Auditoría Médica, con dependencia directa de la misma Dirección General; esta Oficina posee un Jefe y un Comité integrado por los Jefes de los Departamentos Médico, Quirúrgico y de Ayuda al Diagnóstico. El trabajo de Auditoría se pautó de acuerdo con la segmentación propuesta por Feld que reconoce tres aspectos: Inspectoría, Auditoría Médica propiamente tal y Fiscalización o análisis de costos. La Auditoría no compromete tareas de investigación policíaca de los resultados auditados como erradamente lo pretende la Inspectoría General de nuestra Institución.

Para efectos de una calificación objetiva se adaptó un primer modelo o plantilla que posteriormente se adecua a la propuesta de Barkin, por ser más práctica, esta plantilla modificada se puso en práctica en el año 1991 en el Hospital Almenara, con estos instrumentos se trabajó los primeros doce meses. Luego del período inicial de difusión del procedimiento y la aplicación de su método, la experiencia ganada hizo posible proponer una nueva ficha de calificación simplificada que se utiliza en el momento actual gracias a que contó con la aprobación unánime del Comité de Auditoría Médica (AM), que ha permitido superar las dificultades de las anteriores fichas y procesar una evaluación más objetiva del procedimiento.

El marco de referencia para planificar la estrategia fue la conceptualización de AM planteada por la Publicación de Servicios de Salud Ingleses que la definen como "Análisis crítico y sistemático de la calidad del acto médico incluyendo métodos de diagnóstico y tratamiento, utilizando recursos que den mejor calidad de vida a los pacientes", sin embargo definir qué es atención médica de buena calidad y su adecuada mensuración, es un reto para los investigadores de este campo, que aún no logran consenso.

Conscientes de las limitaciones acotadas se diseñan la siguiente estrategia:

1. **Objetivos:** Mejorar la calidad de atención médica como soporte para elevar el nivel asistencial y académico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
2. **Políticas:** Adecuar líneas de trabajo con participación activa con los Directores, los Jefes de Departamento y Servicio y la Directiva del Cuerpo Médico.
3. **Organización:** Comités de AM para auditar Historias Clínicas seleccionadas, mayoritariamente de fallecidos, pero también de la Consulta Externa y Emergencias y estancias prolongadas.
4. **Fuentes:** El archivo de Historias Clínicas, y la participación directa de los servicios de ayuda diagnóstica.
5. **Desarrollo:** En servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia desde Octubre de 1991.

De otros países se tiene poca información con referencia al tema de estudio.

7 MARCO TEORICO

- **DE CALIDAD LOS SERVICIOS DE SALUD**

El concepto de calidad de atención varía de acuerdo al nivel de involucración en el caso, diferente tanto para los clientes internos y externos. Actualmente se considera a la calidad en salud a cuatro componentes importantes, como son: buen rendimiento profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo del paciente y satisfacción del usuario. Anteriormente, la calidad era interpretada en términos de un producto fabricado o producido, hoy la calidad hacia el paciente quien percibe la calidad del servicio

Aunque inherentes al quehacer médico, los procedimientos de mejoramiento de la calidad de atención al paciente han logrado un desarrollo significativo en la última centuria, constituyéndose en piedra angular de un adecuado diagnóstico y

tratamiento lo que ha dado lugar a la institucionalización de la Auditoría Médica como una especialidad dentro de la práctica médica. El estudio sistemático del proceso de atención médica basado en la historia clínica, su análisis contrastado con guías de diagnóstico y tratamiento, puntualizando el desarrollo histórico y la opción de despliegue en el ámbito nacional, se ven posibilitados con la información presentada en la revisión.

- **PILARES DE CALIDAD EN SALUD**

1. Calidad basada en evidencia (demostración empírica)
2. Énfasis en el paciente – cliente – población.
3. Desarrollo en incentivos para la calidad.
4. Énfasis de seguridad.
5. Énfasis en diseño y gestión de procesos.
6. Globalización/Internacionalización
7. Investigación de estrategias para mejora de la calidad.
8. Adaptación creciente de la tecnología electrónica/automatización.
9. Adaptación al cambio de valores reales.

La mejora de la calidad en la atención médica a la Mujer Gestante y del Recién Nacido, encuentra su mejor concepto en la siguiente definición:

“La calidad de la atención médica, consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” (Avedis Donabedian)

Los Foros realizados sobre la Calidad, surge ante la paradoja del cuidado de la salud, por un lado tenemos la rápida disseminación del nuevo conocimiento

biomédico, la disponibilidad de tecnología avanzada a través de sofisticados tratamientos, y por otro serios problemas de sobre y subutilización del cuidado de la salud con impredecible aceptación financiera, la prevalencia de errores relacionados al cuidado médico es inobjetablemente alta.

La misión que perseguía estos Foros era la de mejorar el cuidado de la salud, aportando mecanismos que provean indicadores de desarrollo de calidad que sean suficientemente claros para impactar masivamente; en ese sentido es posible desarrollar algunos objetivos que nos permitan mejorar la calidad de atención médica: Desarrollar una estrategia para medir y reportar calidad que sea concordante con las metas del Ministerio de salud.

- Estandarizar las medidas de los procesos reportados en una base de datos disponible para todos los interesados. Esto derivará en la promoción a los usuarios de escoger competitivamente las medidas de calidad.
- Asignación al sistema del cuidado de la salud de la capacidad de evaluación y reporte y por ultimo incrementar la demanda por los datos de la calidad en el cuidado de la salud.

- **AUDITORIA MEDICA**

La auditoria médica se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

La sistematización actual de la calidad en auditoria considera el concepto de control de calidad, el cual consiste en que el producto o servicio se adecua a las especificaciones determinadas previamente.

Asistimos en el momento actual a una vorágine de información médica, a la cual acceden los usuarios del acto médico, esto sumado a la posibilidad de obtener la

información utilizada durante su atención transforma la cotidiana labor desarrollada por los médicos en una función que exige una calidad suprema. Este trabajo solo será posible en la medida en que se cumplan los objetivos de calidad de atención preconizados por la autoridad de Salud para lo cual la auditoría médica lejos de ser un instrumento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización médica.

La necesidad imperiosa de enfrentar en nuestro país el incremento de la cobertura con recursos limitados y los costos elevados de la atención hace necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan la satisfacción del usuario, adecuando el modelo industrial en el sector salud donde la calidad de la prestación se mide mediante la diferencia que hay entre las expectativas del paciente (o el servicio esperado) y el servicio recibido.

Ante la velocidad de los cambios derivados de la globalización, la revolución de la información y la competencia, los cuales no operan aisladamente sino que están ligados a los cambios demográficos, desarrollo de la tecnología (nuevos fármacos, anestésicos seguros, tecnología molecular, terapia con genes) y sistemas de información al alcance de todos y sobretodo incrementando la demanda y expectativas de los usuarios, los métodos de evaluación de la calidad son fuente de permanente retroalimentación del sistema

- **LA AUDITORIA Y SU EVOLUCION**

La Auditoría Médica (AM) con su referente clásico, el hospital de alta complejidad y su combinación de máquinas, herramientas, métodos, materiales y hombres en la búsqueda de ofertar una atención efectiva, eficiente, adecuada y con calidad técnico - científica en un marco de equidad, traduce la multidimensionalidad y relatividad del concepto de calidad desde el punto de vista práctico, lo que obviamente no puede reducirse a una ecuación matemática.

Este proceso asociado inicialmente al término industrial de control de calidad, ha sido sustituido en la literatura médica por el término aseguramiento o garantía de calidad; en la búsqueda de eliminar la connotación negativa de la palabra control, sin embargo Donabedian -clásico en la literatura de calidad médica- prefiere el término más realista de mantenimiento de la calidad; sin embargo los márgenes entre mejora de la calidad e innovación, pueden suplirse con la propuesta de Jurán, de mejora continua de la calidad

- **LA ECONOMIA Y SALUD**

El auge de la economía de la salud y la aplicación constante de criterios económicos, requiere una precisión terminológica de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad que correlacionan diferentes magnitudes. La eficacia supone hacer las cosas, correlacionando la capacidad de una medida sanitaria con el logro de determinado efecto; siendo la efectividad la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados. La eficiencia se adscribe al cumplimiento de los objetivos minimizando el empleo de recursos. La equidad se enmarca en la justicia social y busca con estándares mínimos lograr igualdad de oportunidades.

- **LA AUDITORIA MÉDICA Y SALUD**

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

El concepto de garantía de calidad, se sustenta en asegurar a los usuarios un determinado nivel de perfección. La mejoría continua de la calidad tiene como objetivo establecer un control permanente de los procesos para lograr su optimización. La calidad total significa que la suma de los recursos de una institución se oriente a la satisfacción de los usuarios.

Utilidad de la auditoria medica. El provecho que puede obtenerse de la auditoria médica es múltiple, por ejemplo:

Permite el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos.

Otorga la posibilidad de actuar con rapidez sobre aquellas causas que dicen relación con la organización del trabajo médico.

Los médicos adquieren una conciencia informada respecto a la responsabilidad que les cabe en los resultados obtenidos.

Influye favorablemente en el perfeccionamiento de las historias clínicas, lo que redundará en una mejoría de las auditorias.

Se transforma en una herramienta de educación de post-grado que permite el perfeccionamiento del trabajo médico.

Este proceso entrega información a los Directivos del Hospital, permitiéndoles orientar recursos a la solución de los problemas detectados.

8 HIPOTESIS

La implementación de un SISTEMA DE AUDITORIA MEDICA INTERNA, será un instrumento de mejora de la calidad, en la atención de la Mujer Gestante y Recién Nacido, en el servicio de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE = Mejora de Calidad de atención de la mujer gestante y del Recién Nacido en el servicio de Alto Riesgo del Hospital de la mujer.

VARIABLE INDEPENDIENTE= Implementación de un sistema de Autoría Medica Interna del expediente Clínico en la atención de la mujer gestante y del recién nacido.

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Indicador		Escala de Medición	Instrumento
		SI	NO		
ISAMI	Aplicación para estudiar problemas que afectan la oferta de servicios			----	Propuesta para ISAMI
Evaluación de la Historia Clínica	Requisitos formales Captación y registro de la información			Nominal	Cuaderno de internación. Hoja de admisión
Proceso de la atención Medica	Atención integral Congruencia Clínico, diagnostico, terapéutico Seguimiento de la evolución y Pronostico			Nominal	Protocolos de atención de la Mujer gestante y RN en ARO
Resultado de la Atención medica	Capacidad resolutive			Nominal	registro de libros de alta y hoja de Epicrisis
Plan a seguir	Información de los resultados y recomendaciones			Nominal	Comité de AM y enseñanza del Hospital de la Mujer

CALIDAD DEL ACTO MEDICO: El médico, dentro del proceso salud y enfermedad, viene a ser uno de los principales actores y el que tiene las mayores responsabilidades en la sociedad mundial. Las situaciones actuales, dentro de

esta sociedad globalizada, donde se crea una cultura de Calidad que de pronto se impregna en las actividades cotidianas y con mayor razón en la área de salud, con un concepto de “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato” W.E. Deming, presionan al médico, que su acto debe tener la máxima calidad y ningún error.

La calidad del acto médico, no puede escapar al concepto general de CALIDAD en el campo de la salud, y se puede definir como “La calidad en el accionar medico con la aplicación de toda su ciencia en forma que maximice sus beneficios en la salud de los pacientes, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.” El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (Avedis Donabedian), no debiendo olvidar que la CALIDAD tiene una categoría relativa, nunca absoluta. Por lo tanto no se podrá emitir un juicio sobre la calidad si no se tiene un parámetro de comparación, es decir, para medir y evaluar la calidad se requiere indicadores, procedimientos y estándar. Dentro del concepto de calidad en este contexto, el producto Terminal es la SALUD⁴

AUDITORIA MÉDICA: En una definición amplia, la auditoria es el examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y los resultados relacionados con la calidad cumplen disposiciones preestablecidas y si estas disposiciones se aplican en forma efectiva y son para alcanzar los objetivos. La implementación de AUDITORIA MEDICA INTERNA, que es en la que la organización examina sus propios sistemas, procedimientos y actividades, determinando si estos son o no adecuados y si están siendo cumplidos de acuerdo a planes y estándar. Cuando hablamos estrictamente del aspecto medico y del acto médico, podemos definir como “El análisis crítico y sistemático de la calidad de la asistencia médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos en cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente”.

⁴ Senlle Andres, Stoll Guillermo. 1995. ISO 9000. Editorial Gestion 2004. Espa;a. p.36

En un contexto, donde la Auditoria Medica es eje de una atención médica de calidad del acto médico, que requiere tener conceptos claros de las variables dependientes e independientes.

La implementación de de Auditorias Medicas, es actualmente algo polémico ya que para su medición, tendremos que conocer algunos términos como la suficiencia, eficiencia y competencia.

Para la medición de las variables necesariamente tendremos que basarnos en palabras estándar, que significa a propósito de la auditoria como: el referente que los auditores tienen para comparar. La definición relieva la característica de “modelo, patrón de medida, valor tipo o regla de determinada actividad”, los estándares son promedios de los valores observados en la evaluación, muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable, en general se trata del cumplimiento de las normales mínimas establecidas.

ESTANDARES DE BUENA ASISTENCIA:

$$\text{Suficiencia (s)} = \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios que están establecidos}} \times 100$$

$$\text{Eficiencia (e)} = \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios que están registrados}} \times 100$$

$$\text{Competencia (c)} = \frac{(S \times E / 100) + 5}{2} \times 100$$

La auditoria de la atención en salud y del acto médico, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, contempla también la calidad de la atención misma, demostrando que hay relación directa entre la calidad de los registros y de la atención prestada.

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL ACTO MEDICO, ATRAVES DE LA AUDITORIA DEL EXPEDIENTE CLINICO.

Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención Médica, el expediente clínico represento el instrumento fundamental. Numerosas publicaciones han aparecido con carácter normativo en las instituciones de seguros y del ministerio de salud, y, no menos numerosos trabajos de investigación, han demostrado su utilidad, como instrumento de registro y base fundamental para evaluar la calidad de la atención médica.

En el presente trabajo, se pretende realizar Auditoria Medica interna, al expediente Clínico de todas las pacientes internadas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, a la fecha de estudio y por tiempo señalado en el cronograma.

HISTORIA CLINICA: Es un documento técnico, científico, legal, administrativo y confidencial, en cual se registran los datos en orden cronológico concernientes al proceso salud enfermedad, todos los procedimientos diagnósticos y las terapias instituidas por parte del médico, enfermería, desde el momento mismo en que se presenta el primer encuentro entre el paciente y la institución y en todos los subsiguientes contactos con esta, hasta su salida y durante todo su ciclo vital.

CONTENIDOS:

A) Hoja de admisión: Contiene datos generales de filiación y de Asegurada.

B) Contenidos de la Historia Clínica

1.-Datos generales:

Numero del expediente clínico: de acuerdo y correlativo a la existente del control interno del departamento de archivos.

Nombre: Que corresponde a su correcta identificación y debe ser sus nombres y sus dos apellidos.

Fecha y lugar de nacimiento: Lugar de donde proviene

Domicilio: Lugar de residencia actual

Nombre de la institución: Hospital donde se va a realizar esta actividad.

Edad: En años.

2.-Aspectos Técnico Médicos

. **Anamnesis:** Aquí deben estar:

- Motivo de consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos

. **Examen Físico:** Tomar en cuenta lo siguiente:

- Peso-Talla-Signos Vitales
- Semiotecnia general

- Semiotecnia por sistemas

. **Diagnostico:** Debe ser clara

- Presuntivo
- Definitivo

. **Exámenes Complementarios**

. **Plan terapéutico**

C) Notas de internación: Debe contener.

- Datos generales del paciente
- Resumen Clínico
- Servicio al que se interna
- Número de la cama
- Fecha y hora de la internación
- Firma y sello del médico que solicita la internación

D) Notas médicas de evolución y tratamiento: Deben contener.

- Fecha
- Hora
- Evolución: Subjetivo, Objetivo, Análisis, Conducta.
- Nombre y apellido completo del médico tratante
- Firma y sello de quien la elabora

E) Exámenes Complementarios de diagnóstico y tratamiento: Deben contener.

- Datos generales de la paciente

- Fecha
- Hora
- Nombre, firma y sello del médico solicitante
- Informe, observaciones y resultados.
- Firma y sello de quién elabora el informe.

F) Nota de referencia/contra referencia: Debe contener

Resumen Clínico sobre el estado actual del usuario

- Fecha y hora de referencia
- Firma y sello del médico que realiza la transferencia

G) Nota Pre-Operatoria: Es elaborado por el Cirujano y debe contener.

Fecha de la Cirugía.

- Diagnósticos
- Plan Quirúrgico
- Tipo de intervención Quirúrgico
- Riesgo quirúrgico
- Enfermedades y hábitos importantes
- Cuidados y Plan terapéutico
- Pronostico
- Nombre, firma y sello del cirujano

H) Nota Anestésica: Es elaborado por el anesthesiólogo y debe contener.

- Nota de valoración PRE-anestésica
- Hoja de registro o protocolo de anestesia

- Nota de evolución intra-anestésica
- Nota post anestésica o de recuperación.
- Fecha y hora de elaboración
- Nombre, firma y sello del anesthesiólogo.

I) Protocolo Operatorio: Es un relato completo de la cirugía y contiene.

- Datos generales de la paciente-Fecha, hora de inicio y finalización
- Diagnostico preoperatorio y Post operatorio
- Cirugía Planeada y cirugía realizada.
- Diagnostico post operatorio
- Descripción de la técnica quirúrgica – Hallazgos trans- operatorios
- Recuento de gasas y compresas – Cuantificación del sangrado
- Nombres de los participantes.
- Envío de piezas operatorias para estudio Patológicos
- Plan de manejo post operatorios.

J) Epicrisis: Elaborado por el médico tratante y contiene.

- Fecha de ingreso – egreso
- Diagnostico de ingreso – Diagnostico de egreso
- Condición de alta
- Resumen de la evolución
- Plan de manejo y tratamiento
- Recomendaciones domiciliarias
- En caso de defunción – causas de muerte acorde al certificado de defunción y si se solicito autopsia o necropsia.

K) Resumen de Egreso o nota de alta: Es de responsabilidad del médico tratante y se toma en cuenta datos de la epicrisis.

L) Nota de alta solicitada: Es un documento informado, donde los familiares y el propio paciente van a autorizar su externación con pleno conocimiento de las consecuencias que pueda tener. Debe concluir con firmas, fecha y hora de la misma.

M) Registros de instrumentos Técnicos Administrativos del personal de enfermería.

- Registro de signos vitales: Adopta las características de cada hospital y servicio.
- Hoja de enfermería según servicios
- Hoja de administración de medicamentos
- Hoja de Kardex
- Hoja de administración y eliminación de líquidos

N) Documentos adjuntos:

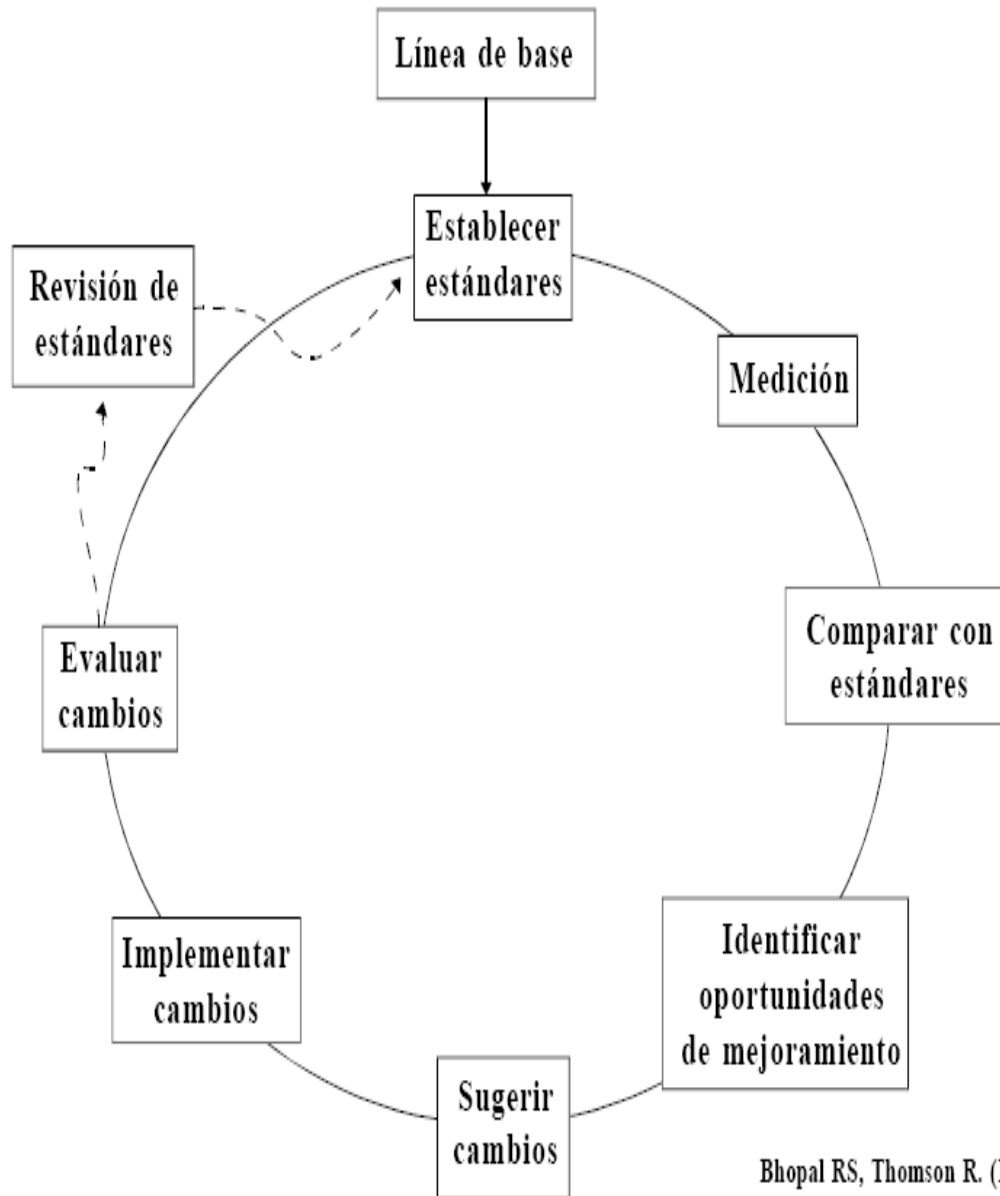
- Informes de juntas médicas
- Registros de trabajo social
- Registro de vacunas, etc.

8.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Se elabora cuadro de evaluación del expediente clínico, que básicamente servirá para evaluar el acto médico, divididas en los siguientes puntos:

- 1.- Procedimientos establecidos para el proceso de atención
- 2.- Integridad y claridad del registro de la historia clínica
- 3.- Correlación entre el diagnóstico de admisión y el de sala
- 4.- Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos
- 5.- Justificación de los exámenes complementarios
- 6.- Correlación clínica epidemiológica del caso.
- 7.- Evolución del paciente

CICLO DE LA AUDITORIA MÉDICA



9 DISEÑO METODOLOGICO

CRITERIOS DE AUDITORIA

Uno de los aspectos críticos de las auditorias se encuentra en la definición de los criterios de evaluación y sus estándares y se, establecen cuatro criterios para la auditoría:

- Basado en evidencias.
- Prioridad.
- Susceptible de ser medido.
- Apropiado a la realidad.

La prioridad de los criterios va a depender de la fuerza de asociación y el riesgo atribuible aplicable a cada una de las variables a seleccionar.

TABLA DE CONTINGENCIA:

Un elemento que hará el cambio en la percepción de la utilidad y significado de la auditoría es la implementación de estrategias que favorezcan el cambio.

En la tabla de contingencia se listan algunas de las estrategias más comunes para implementación del cambio en los establecimientos de salud, que son resultado de las actividades de auditoría.

Finalmente, en caso que las actividades de auditoría no se traduzcan en acciones de intervención para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, la auditoría sólo se habrá convertido en una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzos de todos aquellos que participan en el proceso prestacional, incluyendo los pacientes

Estrategia	Acción	Responsable
Educación/ Entrenamiento	. Seminarios en servicio .Capacitación en servicio	.Residente de 3er año .Jefe de servicio ARO
Sistema de Recuerdo	. Fichas de registros estructurados . Fichas sobre tratamientos	Jefe de servicio ARO
Fortalecimiento del servicio	Creación de grupos multidisciplinarios. .Contratación de personal	.Director del Hospital .Jefe de servicio . Médicos de Obstetricia
Exámenes complementarios	. Correlación clínica ecográfica . Correlación con laboratorio	. Jefe de ecografía . Jefe de laboratorios . Jefe de ARO

9.1 DISEÑO

Es una INVESTIGACION OPERATIVA, sustentada en la revisión de la información generada en el SERVICIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO del hospital de la mujer.

Se realizara un estudio Sistemático, que de acuerdo a su sistema de información se ha podido detectar denuncias de mala praxis médica, que muchos de ellos se han hecho públicos, demostrando una falla en el modelo de atención a este grupo etario y mediante la Investigación operativa, se pretende encontrar los factores causales y la posibilidad de mejora en esta deficiencia detectada.

ETAPAS:

- Construcción de un modelo matemático
- Modelo y solución
- Prueba del modelo y solución
- Implementación de la solución.

Se manejaran las variables mencionadas, de acuerdo a su cumplimiento o no de las mismas, con una evaluación ordinal de afirmación o negación de las variables planteadas.

Se diseñaran protocolos de la patologías prevalentes y causa de internación en el servicio de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, obtenidos de una rápida revisión de la estadística anual 2006, registradas en este servicio y de acuerdo a su cumplimiento o no, se relacionaran con las variables planteadas para su evaluación.

Estos protocolos serán las más actuales y compatibilizadas con las normas SUMI, en el manejo de las enfermedades causas de internación.

9.2 UNIVERSO O POBLACION DE REFERENCIA

La población de estudio será todos los pacientes que ingresen al servicio de Obstetricia, UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, provenientes de

Consulta externa, transferencias de otros centros de Salud u hospitales y los que ingresen por el servicio de emergencias.

9.3 MUESTRA O POBLACION DE ESTUDIO

- La población de estudio será de 260 pacientes, ingresados al servicio de Obstetricia, incluidos aquellos que están siendo manejados por la Unidad de Terapia Intensiva y que pertenece al servicio de Alto riesgo Obstétrico.
- Luego de un estudio estadístico simple se observó que el promedio de pacientes internadas en el servicio de ARO, es de 15 por semana y 60 por mes y la evaluación total sería de 4 meses y 2 semanas.
- Se realizarán Auditorías cada semana, planteándose inmediatamente las medidas correctivas, según el cuadro de contingencias diseñadas para ello y con los participantes elegidas para la patología auditada.
- Al final se realizarán comparaciones estadísticas teóricas, reales del servicio, y del Ente rector de salud a nivel nacional, tomando en cuenta los indicadores de salud como son MORBILIDAD, MORTALIDAD, complicaciones esperadas, evaluaciones Administrativas, y de insumos.

Criterios de Inclusión:

- En el estudio serán tomados todas las pacientes embarazadas entre 22 a 40 y más semanas de gestación
- Pacientes obstetricias con patología agregada propias del embarazo.
- Pacientes obstétricas con patologías no propias del embarazo
- Pacientes con complicaciones del embarazo.
- Pacientes internadas por riesgo de morbi mortalidad materno fetal.

- Se implementara CONSENTIMIENTO INFORMADO para las pacientes a investiga

Criterios de exclusión:

- No se tomaran en cuenta a pacientes post parto.
- No se incluirán en el estudio a pacientes post cesárea.
- No se incluirán a embarazadas con gestación menor a 22 semanas.
- No se tomaran en cuenta a pacientes embarazadas que provengas de epidemias.

9.4 FASES METODOLOGICAS

I.- Para el diagnostico inicial de la calidad del acto Medico, se basa en la relación directa que existe entre la elaboración del expediente clínico y el acto médico, para ello se presenta la norma estándar de realización de historias clínicas, tomando en cuenta todos los cuidados técnicos y la minuciosidad requerida para este documento médico legal, siguiendo las reglas de elaboración conocidas y calificadas en las normas de hospitales y centros de salud.

En esta investigación se presentaran cuadros de cotejamiento, que respondan a estos criterios planteados para la valoración de los expedientes clínicos.

II.- Sistema de Auditoria Medica Interna al acto médico, pretende coadyuvar y minimizar la mala praxis médica y elevar la calidad de la atención medica, que consecuentemente evitará las denuncias de mala praxis médica; de esta manera los profesionales que trabajan en el servicio de Alto riesgo Obstétrico, podrán evitar las múltiples denuncias que existen ante una muerte materna y del Recién nacido.

Este sistema de auditoría Médica interna en la atención de la mujer gestante y Recién Nacido, indirectamente podrá inducir a la implementación de equipos médicos modernos y actualizar los ya existentes, completándose con la dotación de Insumos Médicos necesarios en un hospital importante como este.

No puede quedarse al margen, la educación continua, las actualizaciones y reciclajes periódicos de todos los profesionales que prestan atención médica en esta Unidad, que de acuerdo a un rol calendario debe ser respetado y cumplido en su programación.

Auditoria Médica interna 1.-

1. Iniciar la Auditoria Médica al acto médico, el 2do. Día de internación de la paciente.
2. Aplicar el instrumento de Auditoria Médica, al cumplimiento en la elaboración de la Historia Clínica de Alto Riesgo Obstétrico.
3. Aplicación del instrumento, en el cumplimiento de los protocolos de atención de la patología causa de internación.
4. Confrontar y compatibilizar, los protocolos de atención con protocolos del Seguro Universal Materno Infantil.
5. Mediante la Auditoria Médica, revisar los Fármacos aplicados, uso adecuado y dotación de los mismos en las farmacias del Seguro Universal Materno Infantil.

Auditoria Médica 2.-

1. Realizar la Auditoria Médica al acto Médico, a la alta de la paciente.
2. Revisar según el cuadro de cotejamientos, el cumplimiento en la elaboración de la Historia clínica.
3. Aplicación del instrumento de protocolos y normas de atención, para las patologías pertinentes.
4. Según evolución del caso, revisar los instrumentos de causa de alta Hospitalaria.
5. De ser indicación Quirúrgica, compatibilizar el diagnóstico pre operatorio, con los protocolos establecidos para el diagnóstico.
6. De haber fallecimiento de la paciente, realizar en lo posible las autopsias de ley.

III.- Para el diagnóstico final de la calidad del acto médico, al implementarse un sistema de Auditoria medica interna al acto médico, se elaborara un esquema de tablas de comparación para el manejo de las patologías prevalentes internadas en el servicio de Alto riesgo Obstétrico, revisadas estadísticamente en un año de atención y en base a estos estudios se presentan PROTOCOLOS estandarizados de estas enfermedades de la mujer embarazada y para el conocimiento de su cumplimiento, se presenta una tabla de cotejamiento donde se puede medir las diferentes variables, y con simples respuestas de si cumplió o no, es posible llegar a medir la calidad del acto médico.

Al mismo tiempo, si consideramos que la calidad del acto médico va complementada con procesos y estructuras administrativas, también se elaboraran otro cuadro que se menciona aspectos estructurales como:

- a. El equipamiento acorde a un hospital de III nivel.
- b. Recursos humanos adecuados para este hospital
- c. Dotación de Insumos médicos, de papelería y otros.

De acuerdo a los resultados, es posible dar el diagnostico final del acto médico.

IV.- Para la socialización de los resultados, se basa en el principio de no tiene validez realizar una auditoría Medica si no se va ha plantear las soluciones a los mismos.

De acuerdo a los objetivos mencionados, se elabora un cuadro de respuestas y soluciones de acuerdo a los resultados que se obtienen en la Auditoria Medica planteadas, mencionando además los responsables de las debilidades y no conformidades y de esta manera afirmar que la Auditoria es correctiva y no precisamente punitiva.

Paso metodológicos generales

Este sistema de Auditoria Medica Interna al acto médico, pretende coadyuvar y minimizar la mala praxis médica y elevar la calidad de la atención medica, que consecuentemente evitará las denuncias de mala praxis médica; de esta manera los profesionales que trabajan en el servicio de Alto riesgo Obstétrico, podrán evitar las múltiples denuncias que existen ante una muerte materna y del Recién nacido.

Este sistema de auditoría Medica interna al acto médico, indirectamente podrá inducir a la implementación de equipos médicos modernos y actualizar los ya

existentes, completándose con la dotación de Insumos Médicos necesarios en un hospital importante como este.

No puede quedarse al margen, la educación continua, las actualizaciones y reciclajes periódicos de todos los profesionales que prestan atención medica en esta Unidad, que de acuerdo a un rol calendario debe ser respetado y cumplido en su programación.

9.5 PLAN DE ANALISIS DE LOS DATOS

- Registros de los problemas

- Establecer prioridades para el abordaje de problemas en función de su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad

- Identificar al responsable del proceso donde se ubica el problema

- Verificar en forma participativa con el responsable del proceso, las condiciones de la estructura y características del proceso que dieron lugar a resultados inaceptables, para determinar la mejor opción para resolverlo.

- Otorgar asesoría al responsable del proceso, con base en el conocimiento y comparación con procesos similares que generen resultados con mayor calidad y eficiencia (“benchmarking”).

- Establecer compromisos en forma participativa con el responsable del proceso, para la solución del problema en tiempo y magnitud.

- Seguimiento de esos compromisos y de los avances en la solución del problema.
- Los obstáculos que impidan la solución de los problemas se constituyen en un nuevo problema, y estarán sujetos al mismo procedimiento de solución (espiral del mejoramiento continuo).
- Verificar la solución del problema y su descargo de la relación de problemas vigentes.

El análisis de la información, será de la siguiente manera:

- Edad de la paciente internada.
- Diagnóstico de ingreso.
- Cumplimiento o no, en la elaboración de la Historia clínica, según puntaje asignado a la misma.
- Cumplimiento o no de las normas y protocolos de atención médica.
- Cumplimiento en la administración de los Fármacos indicados por la norma del SUMI
- Tipo de tratamiento: Médico o Quirúrgico.
- Evolución de la enfermedad: Buena o Mala.
- Condiciones de alta: Hospitalaria, solicitada, o Fallecimiento.

Principios éticos básicos

A partir de 1970 se han venido desarrollando unos principios que rigen la conducta ética en la atención en salud y que obrarían como «deberes *prima facie*», es decir, como aquello que hay que cumplir prioritariamente. De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el profesional de la salud debe tener siempre en cuenta, por ejemplo: obtener el consentimiento informado, honestidad en la información, respeto por la confidencialidad, evitar la

discriminación, etc. Proporcionan estos principios un marco de referencia, para alcanzar soluciones coherentes y razonadas a los problemas concretos de índole ética que se presentan en la práctica en la atención en salud. Estos principios no obedecen a una disposición jerárquica estricta y son todos válidos como *prima facie*. En caso de conflicto, será la situación concreta y sus circunstancias las que indicarán la primacía de uno u otro.

Los principios éticos básicos o fundamentales son el respeto por las personas o de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. Algunos autores agregan uno más: no hacer daño (no-maleficencia); pero en general se considera que este principio puede incluirse dentro del principio de beneficencia.

LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD Y LA ÉTICA

Como tesis central se plantea que la auditoría en un sistema de salud debe ser una auditoría de calidad, integrante de un sistema de garantía de la calidad, ceñido a los principios éticos básicos. Cuando en su ejercicio se presenten conflictos en casos específicos, debe optarse por una priorización que privilegie el bien común sobre el individual. Son pilares de una auditoría ceñida a los principios éticos:

- a) El respeto por el paciente y su familia, los profesionales y las instituciones de salud. No se realiza auditoría de calidad atropellando a los actores del proceso ni irrespetándolos, es analizando e interpretando con ellos las diferentes actuaciones en la búsqueda del mejoramiento permanente de la calidad y, por tanto, del resultado de las intervenciones en salud.
- b) Manejo prudente de la información confidencial. Es una forma de garantizar el sigilo profesional y, en consecuencia, el derecho a la intimidad que asiste al paciente.

c) Centrada en la calidad y no en la defensa de intereses particulares. El auditor debe comprender que no representa simplemente los intereses de la institución que le cubre su salario (EPS, ARS, aseguradora u hospital) sino que su objetivo es contribuir a una atención de salud con pertinencia y calidad, en beneficio del paciente, a quien él representa como funcionario del asegurador o del prestador. Este es uno de los puntos que más ha desfigurado la auditoría en nuestro sistema y el que requiere un mayor replanteamiento.

a) Debe estar acompañada de racionalidad técnica.

El juicio o análisis en la auditoría debe trascender la experiencia del prestador o asegurador y su experticia o gusto, hacia una práctica basada en evidencia científica socialmente aceptable. Es esta última el criterio básico para el análisis de una situación y el punto de encuentro donde se pueden dirimir los conflictos entre pacientes, prestadores y aseguradores, en torno a la pertinencia o calidad de una atención.

b) Debe ser integral, con visión de conjunto y con énfasis en procesos y resultados y no tanto en estructura.

c) Debe ser multidisciplinaria y de equipo. La auditoría debe ser realizada por pares académicos de cada una de las disciplinas que participan en la atención, estos deben ser sólidamente preparados, no tanto para dar respuestas y elaborar juicios sino para hacer preguntas y conducir procesos de análisis en conjunto que permitan concluir acerca de la pertinencia de un procedimiento o la calidad de la atención de un paciente o de un organización o un sistema.

La auditoría en sí misma no es ética o antética; es una herramienta que en más competentes y utilizada guiándose a los principios éticos puede contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud en el país y, por tanto, la calidad de vida.

10 CRONOGRAMA - PRESUPUESTOS

ACTIVIDADES	FECHA	Ene-10	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Octubre	Nov	Dic-10
Implementación de auditoría médica interna													
Primera Evaluación													
Segunda Evaluación													
Revisión Estadística de la mortalidad de la mujer gestante y RN. Gráficos de comparación del cumplimiento al expediente clínico.													

11 HERRAMIENTAS DE CALIDAD

La calidad de la atención médica, en este caso al binomio madre niño, es medida a través del expediente clínico, documento médico legal que expresa el cumplimiento o no de las Normas establecidas en la prestación de servicios médicos en la Unidad de Alto riesgo Obstétrico del hospital de la mujer.

I. EVALUACION DEL DOCUMENTO

- Elaboración de los registros conforme a normas vigentes.
- Verificación de la integración del expediente, captación y el registro de la Información conforme a las normas vigentes.

II. PROCESO DE LA ATENCION MÉDICA

- **Atención integral.**
- Evaluación inicial e integral del caso.
La evaluación de la atención inicial e integral del enfermo, debe efectuarse al binomio madre niño y debe ser tanto biológicamente (interrogatorio y exploración física completos), como psicológica y socialmente.
- Ejecución de acciones que se requieren de inmediato.
Se evalúa si de acuerdo a las condiciones, diagnóstico de la paciente y criterios del servicio, se realizaron las acciones y procedimientos que se requerían de inmediato, tanto a nivel médico como en relación a solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete, rutinario o de urgencias.
- Establecimiento oportuno del diagnóstico.
Se evalúa de acuerdo a los datos clínicos y para clínicos, así como la evaluación del paciente, que los diagnósticos que se establecen se

fundamentan adecuadamente. La interpretación de los datos captados en el expediente clínico permite establecer diagnósticos sintomáticos, sindromáticos y nosológicos, de probabilidad y de seguridad.

- Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento. Se evalúa que cada paciente hospitalizado, cuente con un programa de estudio y tratamiento congruente con los datos clínicos registrados en el expediente clínico y factible de realizarse con los recursos disponibles. Evaluar si las indicaciones se cumplieron conforme a lo programado, por el personal médico y de enfermería del servicio, así como por el personal que involucra a otros servicios.

La programación quirúrgica como parte del programa de estudio y tratamiento, según el caso, se evalúa si se estableció oportunamente, si existen los estudios e interconsultas especializadas preoperatorias y con la valoración anestésica oportuna y previa al acto quirúrgico.

- Informe oportuno al paciente y sus familiares. Evaluar que el médico informe al paciente y familiares sobre procedimientos realizados en caso de urgencia o cirugía, sobre su estado de salud y el plan de estudio y tratamiento y si mantuvo la información sobre la evolución del caso.
- Prevención, detección oportuna y manejo adecuado de las complicaciones. Se evalúa la previsión de posibles complicaciones en la evolución de los casos.
- Prevención de secuelas o rehabilitación de las mismas. Se evalúa la prevención la que se hizo de las secuelas susceptibles de presentarse en un padecimiento y su manejo oportuno, que en lo posible permita limitar el daño o evitar daños permanentes, así como la indicación de los procedimientos de rehabilitación inmediatos y a largo plazo.

- Congruencia.

Se refiere a la concordancia que existe entre el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento del paciente, desde la primera atención hasta la solución del problema médico que motivo la atención.

La evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica, se califica con los criterios descritos previamente como excelente, suficientes, insuficientes, no realizados e inadecuados. Se tomarán las siguientes situaciones:

- Congruencia entre el interrogatorio y la exploración física.
Partiendo de la base de un interrogatorio correctamente realizado, evaluar si la exploración física realizada fue completa y congruente con los datos del interrogatorio.
 - Congruencia entre los datos clínicos y para clínicos disponibles y el diagnóstico establecido.
 - Congruencia entre el diagnóstico establecido y el plan de estudios.
Evaluar la congruencia del plan de estudio del paciente con el problema médico que se presenta. En este caso se evalúa la pertinencia de los estudios indicados, la secuencia y los cambios de planes en el estudio de la paciente.
 - Congruencia entre el diagnóstico establecido con el plan de tratamiento.
Evaluar que el plan de tratamiento este de acuerdo al problema médico que presenta la paciente.
- Seguimiento de la Evolución
- Evaluar que la paciente en la consulta externa se otorguen las citas con la frecuencia que se requiera y a la paciente hospitalizada se le visite cuando menos una vez al día o cuantas veces se requiera, para ver los cambios de sus síntomas.

- Evaluar si en el proceso de atención queda patente la adecuada participación de los diferentes elementos que intervienen en el mismo, así como el cumplimiento de las acciones que a cada uno competen a fin de lograr los resultados óptimos en función de la salud y en el menor tiempo posible.
- Evaluar el registro del pronóstico para la función y para la vida del paciente.

II. RESULTADOS DE LA ATENCION MÉDICA.

Incluye 2 aspectos: La oportunidad en la solución del problema y las condiciones de salud de la paciente a su egreso.

- Oportunidad en la solución del problema que motivó la atención, a través del logro de curación. Mejoría o control del problema médico, en función del objetivo de la atención.
- Condiciones de la paciente hospitalizada al egreso.

Evaluar si se logró la solución total o parcial del problema que motivó la atención. Si hubo daño, tomar en cuenta si éste era prevenible, tanto en la esfera física como psicosocial.

III. PLAN A SEGUIR.

Tomar en cuenta los diagnósticos establecidos, los problemas pendientes de resolver, las recomendaciones de cuidados a seguir, esta información debe ser por escrito dirigido al personal médico que continuara la atención.

Finalmente evaluar los programas para la vigilancia periódica a mediano o largo plazo.

CRITERIOS DE VALOR CUALITATIVOS:

Requisitos formales del expediente clínico.

1. Los documentos se encuentran en el orden establecido
2. Los registros son pulcros y legibles para recuperar información de ellos.
3. Los documentos están identificados con el nombre y número de afiliación de la paciente.
4. En los documentos están identificados los diferentes tipos de registros (nota de revisión, nota de evolución, nota preoperatoria, etc.), con fecha y hora y el orden secuencial.
5. Los documentos contienen el nombre, matrícula y forma de quienes elaboraron la información registrada.

Los parámetros serán:

- EXELENTE. Si reúne los 5 enunciados.
- SUFICIENTE. Si no se cumple con el punto 1 o el punto 2 se cumple parcialmente.
- INSUFICIENTE. Si no se cumple con alguno de los puntos del 3 al 5.
- NO REALIZADO. Cuando no se cumple el punto 2.
- INADECUADO Cuando se omitió incluir documentos relevantes para la atención.

De la captación y Registro de información:

1. Registro preciso y completo de antecedentes en hospitales y congruencia con el padecimiento.
2. Registro detallado y completo de los datos de exploración física, en forma congruente con los síntomas.

3. Registro detallado y completo de los datos de exploración física, en forma congruente con los síntomas.
4. Registro e interpretación de los resultados de laboratorio y exámenes auxiliares.
5. Registro de los diagnósticos.
6. Registro de los programas de estudio y tratamiento.
7. Registro del pronóstico.
8. Registro de la evolución de los signos y síntomas.
9. Registro de los resultados y evolución de la paciente en relación a los procedimientos terapéuticos.
10. Registro correcto y completo de las órdenes médicas.

Se calificará como:

- EXCELENTE Cuando los registros del expediente clínico estén completos y se realizaron conforme a las normas vigentes y representen una transcripción fiel de los hechos.
- SUFICIENTE Cuando los registros tienen deficiencias que no repercuten en la correcta realización del acto médico.
- INSUFICIENTE Cuando los registros tienen deficiencias que trascienden en deterioro de la calidad de la atención médica.
- NO REALIZADO Cuando se omiten registros necesarios para la atención de la paciente.
- INADECUADO Cuando los registros consignan información incorrecta en detrimento de la calidad de la atención a la paciente.

La evaluación de la atención integral al paciente a través del expediente clínicos se llevará a cabo mediante la aplicación de los siguientes criterios:

1. Valoración inicial del caso en forma oportuna, completa y congruente con el problema de salud de la paciente.

2. Proposición o establecimiento de un diagnóstico: de probabilidad o certeza, sintomático, sindromático, nosológico, etiológico o integral y de un pronóstico congruente con los datos clínicos de la valoración médica.
3. Establecimiento y ejecución de un programa de estudio y tratamiento.
4. Evaluación clínica permanente de los resultados del tratamiento administrado y de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, con ratificación, ajuste o rectificación del diagnóstico, de los programas de estudio y/o tratamiento y del pronóstico.
5. Prevención, identificación y tratamiento oportuno de secuelas y complicaciones.
6. Comunicación permanente con el paciente y con sus familiares, para informar sobre el estado vigente del diagnóstico, programas de estudio, tratamiento y del pronóstico, con evaluación continua de la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

La atención integral se calificará conforme a los siguientes parámetros:

- EXCELENTE. Cuando se cumpla con los puntos 1 al 6.
- SUFICIENTE. Cuando se llevan a cabo los puntos del 1 a 15.
- INSUFICIENTE. Cuando únicamente se cumpla con los puntos del 1 al 3.
- NO REALIZADO. Cuando se omitió alguno de los puntos de 1 al 3, originando que no pudiera considerarse como atención integral.
- INADECUADO. Cuando como consecuencia de una atención que no reunió las características de integridad, se obtuvieron resultados de la atención con daño para la salud del paciente.

Evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica

Los criterios a tomarse en consideración para la evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica son:

1. Congruencia entre los síntomas captados y registrados con la exploración física realizada.
2. Congruencia entre los signos y síntomas captados y registrados con los diagnósticos establecidos.
3. Congruencia entre los diagnósticos establecidos y los programas de estudio y tratamiento.
Congruencia entre los diagnósticos establecidos y el pronóstico propuesto.

Se califican como:

- EXCELENTE Cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles, exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico (puntos 1 al 4).
- SUFICIENTE Cuando exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento con incongruencia en el pronóstico (puntos 1 al 3).
- INSUFICIENTE La incongruencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico entre éste y el tratamiento es parcial, llevando a un programa terapéutico que no satisface todas las necesidades de salud de la paciente (cumplimiento parcial de los puntos 2 y 3).
- NO REALIZADO. Como consecuencia de un análisis incorrecto de la información, no se establece un diagnóstico y un tratamiento correcto (no cumple con los puntos 2 y 3).
- INADECUADO. Como consecuencia de un análisis incorrecto del cuadro clínico se establece un diagnóstico o un tratamiento que daña la salud de la paciente (puntos 1 al 3 incorrectos).

Evaluación del seguimiento de la evolución.

Debe cumplirse con los siguientes puntos:

1. Registro de las modificaciones que ocurren en los signos y síntomas como parte de la evolución natural del padecimiento.
2. Registro de las modificaciones en signos y síntomas como consecuencia del tratamiento administrado o procedimientos terapéuticos realizados.
3. Registro de las modificaciones necesarias en los diagnósticos como consecuencia de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete.
4. Registro de las modificaciones necesarias, al programa de estudio y tratamiento como resultado de las modificaciones en los diagnósticos.
5. Registro de las modificaciones al pronóstico.

Se calificará como:

- **EXCELENTE** Cuando se registren modificaciones en signos y síntomas, en los diagnósticos, en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 1 al 5).
- **SUFICIENTE** Cuando se omite registrar únicamente las modificaciones en el pronóstico (punto 5).
- **INSUFICIENTE** Cuando se omita el registro de modificaciones en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 4 y 5).
- **NO REALIZADO** Cuando se omite registrar las modificaciones en signos y síntomas o diagnósticos.
- **INADECUADO** Cuando como consecuencia de una omisión en el registro de los signos, síntomas, diagnósticos o tratamiento se afecte la salud o la calidad de vida del paciente, como resultado de secuelas, complicaciones o defunción.

Los criterios para evaluar la capacidad resolutoria, a través del expediente clínico incluyen los siguientes puntos y juicios de valor.

1. La solución del problema de salud a través de la curación del padecimiento o el control de un padecimiento no curable (ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.), la mejoría en un padecimiento no controlable (Insuficiencia renal crónica, leucemia, etc.), o la paliación cuando se está fuera de todo tratamiento, en congruencia con el objetivo de la atención.
 2. Oportunidad en la solución del problema de salud.
 3. La mejoría en el nivel de salud que permite la reincorporación del paciente a su ambiente familiar o laboral.
 4. Presentación de queja procedente.
 5. La referencia del paciente a otra unidad de atención médica.
 6. La existencia de complicaciones, secuelas no justificables o muerte del paciente.
-
- EXCELENTE. Solución o control oportuno del problema de salud que dio lugar a la atención (punto 1y2).
 - SUFICIENTE. Mejoría en la salud o control parcial del proceso patológico que dio lugar a la atención, ausencia de complicaciones, secuelas prevenibles o quejas (punto 3).
 - INSUFICIENTE. Referencia del paciente a otra unidad médica, para atención de su problema de salud o presentación de una queja procedente (puntos 4 y 5).
 - NO REALIZADO. No existió solución parcial o total del problema de salud del paciente (omisión de los puntos 1, 2, 3 y 4).
 - INADECUADO. Como consecuencia de la atención, se dio lugar a complicaciones o secuelas que deterioran la salud, la calidad de vida de la paciente o lo condujeron a la muerte (punto 4).

Plan a seguir:

La evaluación del plan a seguir pretende garantizar la continuidad del proceso de atención a nivel de unidades médicas a donde se refiere o contra refiere a la paciente o en su domicilio. Se tomarán en cuenta en la nota de traslado los siguientes elementos para determinar los criterios de evaluación:

1. Resumen clínico que incluya datos de interrogatorio y exploración relevantes, estudios para clínicos y sus resultados, así como la evolución y la terapéutica empleada.
2. Integración de diagnósticos y pronóstico en cuanto a la función y la vida.
3. Mención de las indicaciones terapéuticas a seguir, especificando dosis, vía y tiempo de administración, tipo de dieta, calorías y descripción de las medidas higiénicas a seguir con el paciente.
4. Referencia de los problemas médicos pendientes de estudio, tratamiento o rehabilitación.
5. En los casos que se requiera señalar el otorgamiento de las incapacidades correspondientes, recomendando acerca de la necesidad de continuar expidiéndolas.

Se calificará como:

- EXCELENTE. Cuando se cumplen los 5 puntos descritos.
- SUFICIENTE. Cuando se cumplen los puntos 2 al 5 de los descritos.
- INSUFICIENTE. Cuando falta alguno de los puntos del 2 al 5.
- NO REALIZADO. Cuando no se elaboró nota de envío o de traslado del paciente.
- INADECUADO. Cuando el informe se elaboró incorrectamente o existió falta de información que determinó daño para la salud o calidad de vida del paciente.

HISTORIA CLINICA ACTUAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER



HOSPITAL DE LA MUJER

Av. Saavedra N° 2273
La Paz - Bolivia

Nombre:
 Edad: Ocupación:
 Remitida por:
 Procedencia:
 Fecha de Ingreso: Hora:
 Hist. Hecha por:
 Superv. Por:

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Internación:

Cuadro Clínico:

APaP:

APP:

Antecedentes Gineco - obstétricos: Menarca Ritmo: FUM:

G: P: AB:

FUP: FUA: FUC:

Tipos de partos:

Motivo de cesárea anterior:

Tipo de Ab:

Uso de MAC: Fechas:

Control PAP: N° Años: Resultados:

Exámen Físico

E.F.G.:

PA: FC: FR: T°: Peso Actual:

Cabeza / Cuello

Tórax:

Mamas:

Abdomen:

Urinario:

Genitales Externos:

Examen Obstétrico: AFU: FCF: AU:

Situación: Posición: Variedad:

Presentación: Dilatación Borramiento:

Plano: Membranas: PAP: gr.

Extremidades:

Neurológicos:

DIAGNÓSTICOS:

.....
.....
.....
.....
.....

FECHA:

EPICRISIS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DR.

HISTORIA CLINICA MODELO

PATOLOGIA: PRE-ECLAMPSIA MODERADA A SEVERA

Identificación de la paciente:

- Nombre.
- N° de Historia Clínica
- N° de carnet de asegurado.
- Edad.
- Lugar de nacimiento
- Residencia actual
- Ocupación

SIGNOS VITALES.

Presiones de 120/80 mm Hg Por encima de estos valores es pre-eclampsia, o aumento de 15 mm Hg a la diastólica y 30 a la Sistólica, también es considerado pre-eclampsia.

Peso, Si aumenta más 500 grs. Por semana, considerada como retención de líquidos.

MOTIVO DE CONSULTA.

Aumento de volumen de miembros superiores e inferiores, tinitos, fotopsias, dolor epigástrico, cefaleas y ansiedad.

ENFERMEDAD ACTUAL.

La evolución es lenta, nunca es de la noche a la mañana, generalmente refieren aumento de volumen de los miembros inferiores, con evolución de 5 a 7 días y cefaleas, el interrogatorio debe estar orientado a los signos de la pre eclampsia.

ANTECEDENTES

Antecedentes personales patológicos, generalmente no refieren.

Antecedentes familiares, algunas pacientes refieren pre eclampsia en familiares de 1er. Orden.

Antecedentes no patológicos, son pacientes de área suburbana o Rural, con desnutriciones de diferente grado y con vivienda precaria o no cuenta con vivienda propia.

REVISION POR SISTEMAS:

- Cardiopulmonar, normal
- Abdomen, globuloso, por presencia de útero gestante.
- Miembros superiores, aumento de volumen, localizado en manos, que dificultan empuñar objetos
- Miembros inferiores, con edema de (+) hasta (+++)
- Genitales, vulva generalmente edematizada y puede abarcar a pared abdominal.
- Urinario, meato permeable, comprometido en algunas oportunidades por el edema de vulva.

EXAMEN FISICO GENERAL:

Estado general, son regulares o malos, colaboran con el interrogatorio, cuando es inminente la Eclampsia, es posible encontrar el signo de “Chaussier”

Estado de hidratación, son pacientes deshidratados, con oliguria y en muchas oportunidades con edema generalizado. Su piel y mucosas en la mayoría de las pacientes son pálidas, debido a la hemodilución o con algún grado de Anemia.

DIAGNOSTICO:

1. Primigesta – Multigesta o Gran multigesta.
2. Embarazo de 24 a 40 semanas
3. Producto único o Gemelar vivos
4. Sin trabajo de parto o inicio de trabajo de parto
5. Pre-eclampsia moderada o severa.

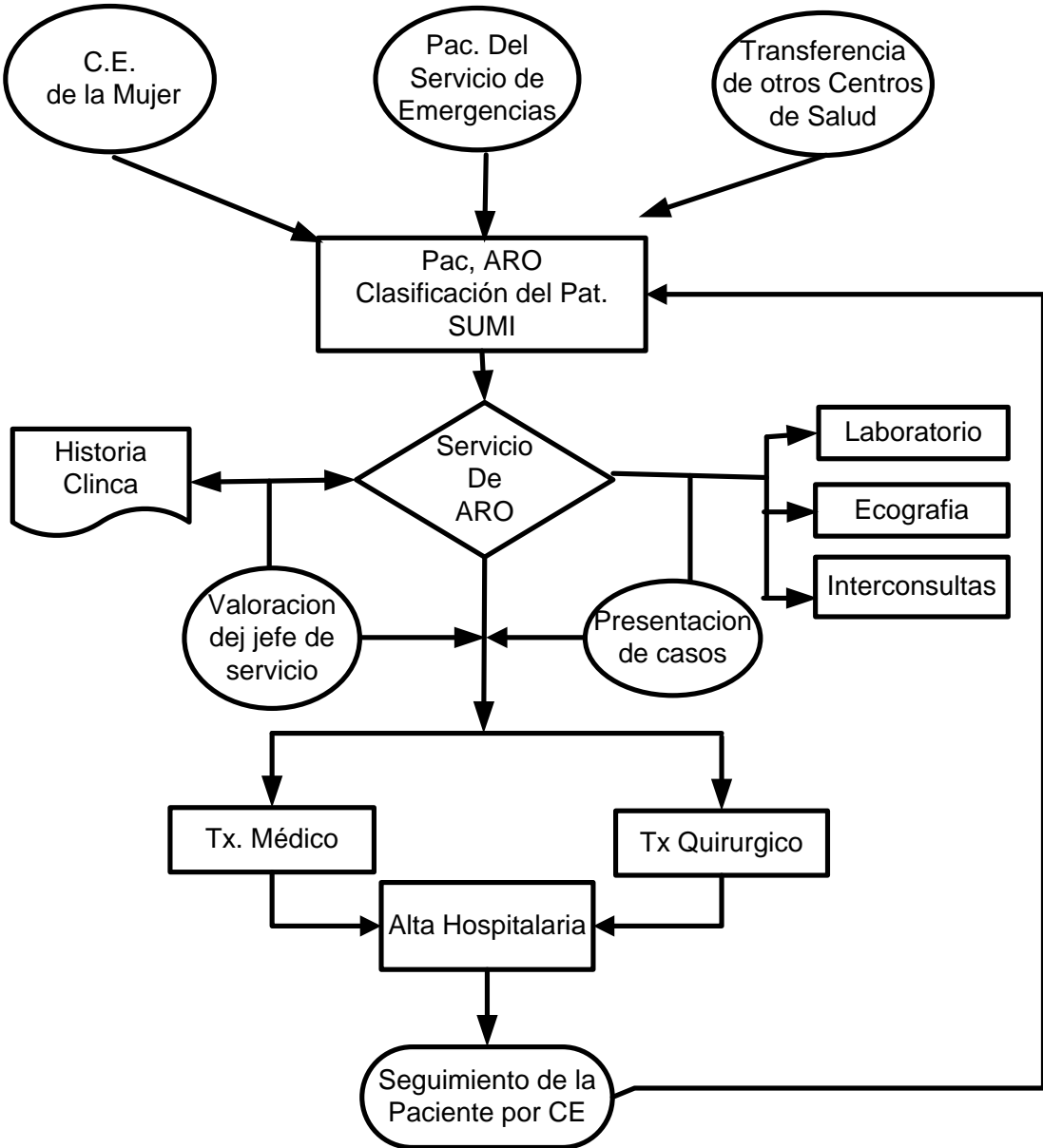
PROCEDIMIENTOS:

- Laboratorio: Hemograma-Glicemia-Grupo sanguíneo - Creatinemia-VDRL- EGO
 - Proteinuria de 24 hs.
- Ecografía: Biometría, Fluxometria, Perfil Biofísico.
- Interconsultas: Oftalmología – Fondo de ojo
 - Nefrología, en caso de Creatinemia elevada.
 - Neonatología, para considerar estado fetal.

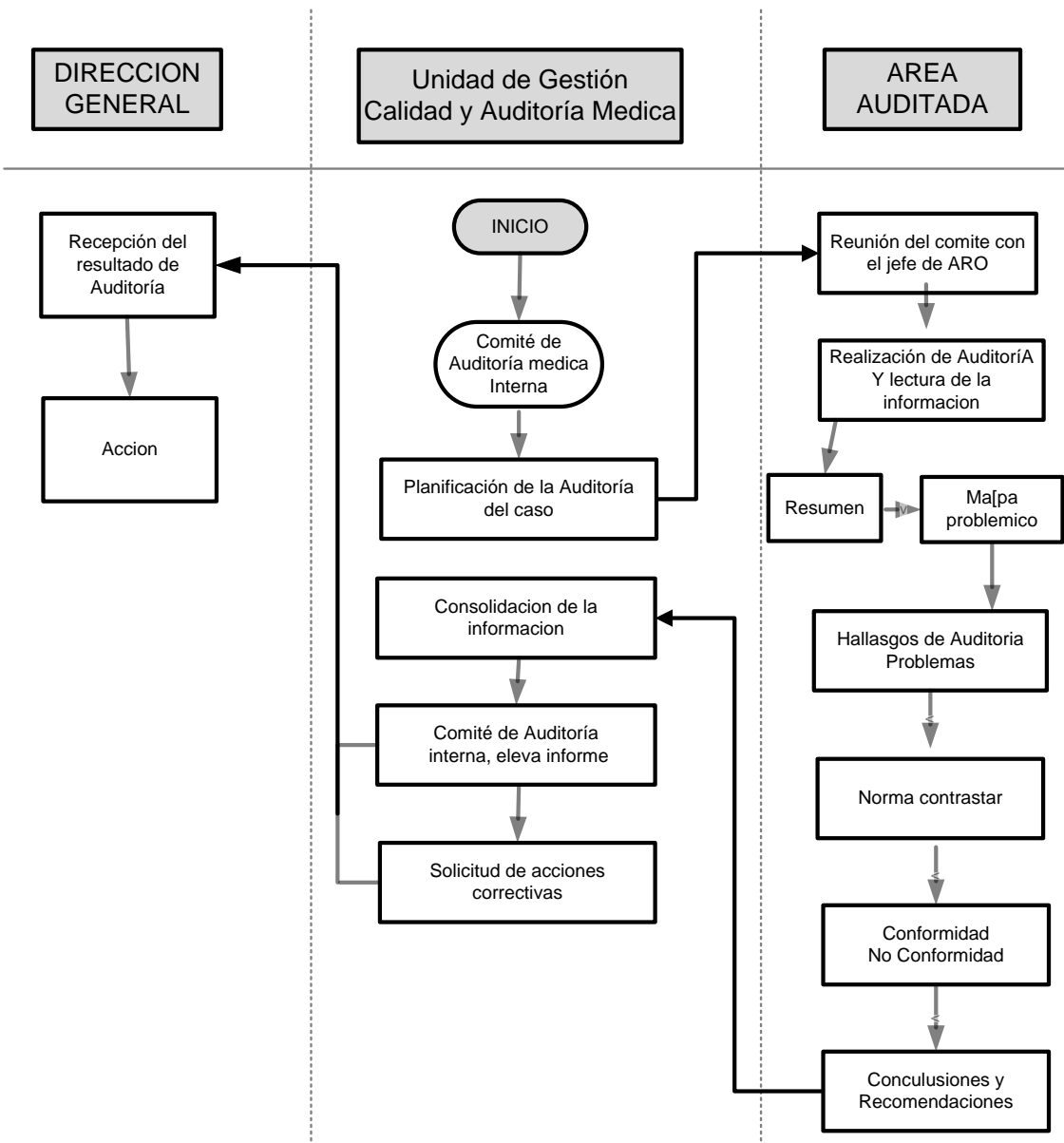
TRATAMIENTO:

- Dieta hiperproteica, normo sódica a régimen cero
- Control de SV cada hora
- Control de FCF cada 3 hs. Control de DU cada 3 hs.
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Antihipertensivos – Metil Dopa – Hidralazina.
- Diazepan 5 mg. VO o 10 mg. IM.
- Esquema Zuspan, Sulfato de Mg. 4 grs. IV lento (15 min.), luego suero DSA al 5% 1000 cc mas 10 grs. De Sulfato de Mg. 1 gr. c/hora (33 gotas X') en dosis de mantención.
- Considerar interrupción del embarazo de haber respuesta en 24 hs.

PROCESO DE RUTA CRÍTICA DE PACIENTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO



FLUJOGRAMA RÁPIDO DE PROCESO DE AUDITORIA MÉDICA INTERNA HOSPITAL DE LA MUJER



RUTA DE PROCESOS PARA PATOLOGIA IMPORTANTES

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Contracciones Uterinas entre las 20 y 37 semanas
Sin modificaciones cervicales

Factor de Riesgo

- Antecedentes de Aborto y PP
- Trabajo pesado
- Tabaquismo - Alcoholismo
- Infecciones Urogenitales
- Polihidramnios
- tumores
- Insuficiencia cervical

Signos Clínicos

- Contracciones Uterinas de mas de 2/10/30" o
- De 6 contracciones de 45" en 1 hora.
- Cervix sin modificaciones

Manejo

- Hospitalización
- Medición de AFU
- Evaluar la FCF
- Descartar Infección Urinaria

Tratamiento

- Reposo, decúbito Lateral Izq.
- Ringer L. 1000 cc a 30 a60 gpm.
- Sedación, Diazepam 5mg c/12 hs.
- Útero Inhibición (Ritodrine)
- Anti prostaglandinas
- Betametasona 12 mg. IM x 2 días.

PRE ECLAMPSIA - HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Es la hipertensión producida específicamente por el embarazo, mas proteinuria y edema

Factor de Riesgo

- Edad (menor a 20 y mayor a 35)
- Primigesta
- Antecedentes familiares con preeclampsia
- Embarazo múltiple
- Nivel socio económico bajo
- Falta de CPN

Clasificación

- Leve PA 140/90 mmHg
- Moderada PA 150/100 mmHg
- Grave PA mayor de 160/110 mmHg.
- Alzas de 30 mmHg de la sistólica.
- Alzas de 15 mmHg o mas de la diastólica.

Complicaciones maternas

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Insuficiencia Cardíaca y Edema pulmonar Agudo.
- Daño Hepatocelular
- CID – Síndrome de Hellp
- AVC
- Muerte.

Complicaciones fetales

- Prematurez
- RCIU
- S.F.A.
- Muerte Neonatal
- Muerte fetal

Manejo de preeclampsia leve-moderada

- Evaluar hospitalización
- Hipotensores
- Reposo
- Proteinuria

Tratamiento de preeclampsia grave

- Esquema Zuspan
- Nifedipino 10 mg. SL
- Hidralazina 5mg IV lento o
- Metildopa 500 mg c/6 hs.
- Considerar interrupción del embarazo

ECLAMPSIA

Complicación final y grave de la preeclampsia con convulsiones y coma

Diagnóstico diferencial

- Epilepsia
- Hemorragia cerebral
- Malaria cerebral
- Meningitis

Signos clínicos

- Convulsiones recurrentes
- Coma
- Antecedentes de preeclampsia

Manejo

- Permeabilizar vía area con cánula Mayo
- Administración Oxígeno
- Aspiración de secreciones
- Laboratorio - ecografía
- Interconsulta con Neurología, Oftalmología.

Tratamiento

- Esquema Zuspan
- Nifedipino 10 mg SL
- Hidralazina 5 a 10 mg IV luego goteo en DSA 500 cc 5 %
- Interrupción del embarazo.

Rotura de las membranas del amnios antes del trabajo de Parto

Factor de Riesgo

- Desconocidas
- Vulvo vaginitis
- Gestación múltiple
- Mala presentación fetal
- Infección Urinaria
- Esfuerzo físico materno
- Traumatismo

Signos y síntomas

- Expulsión de líquido por genitales
- Disminución del volumen y de altura uterina
- Partes fetales se palpan con facilidad

Diagnóstico diferencial

- Leucorrea
- Tapón mucoso
- Emisión involuntaria de orina

Diagnóstico

- Ecografía
- Test por cinta
- Visualización de hojas de helecho por microscopio

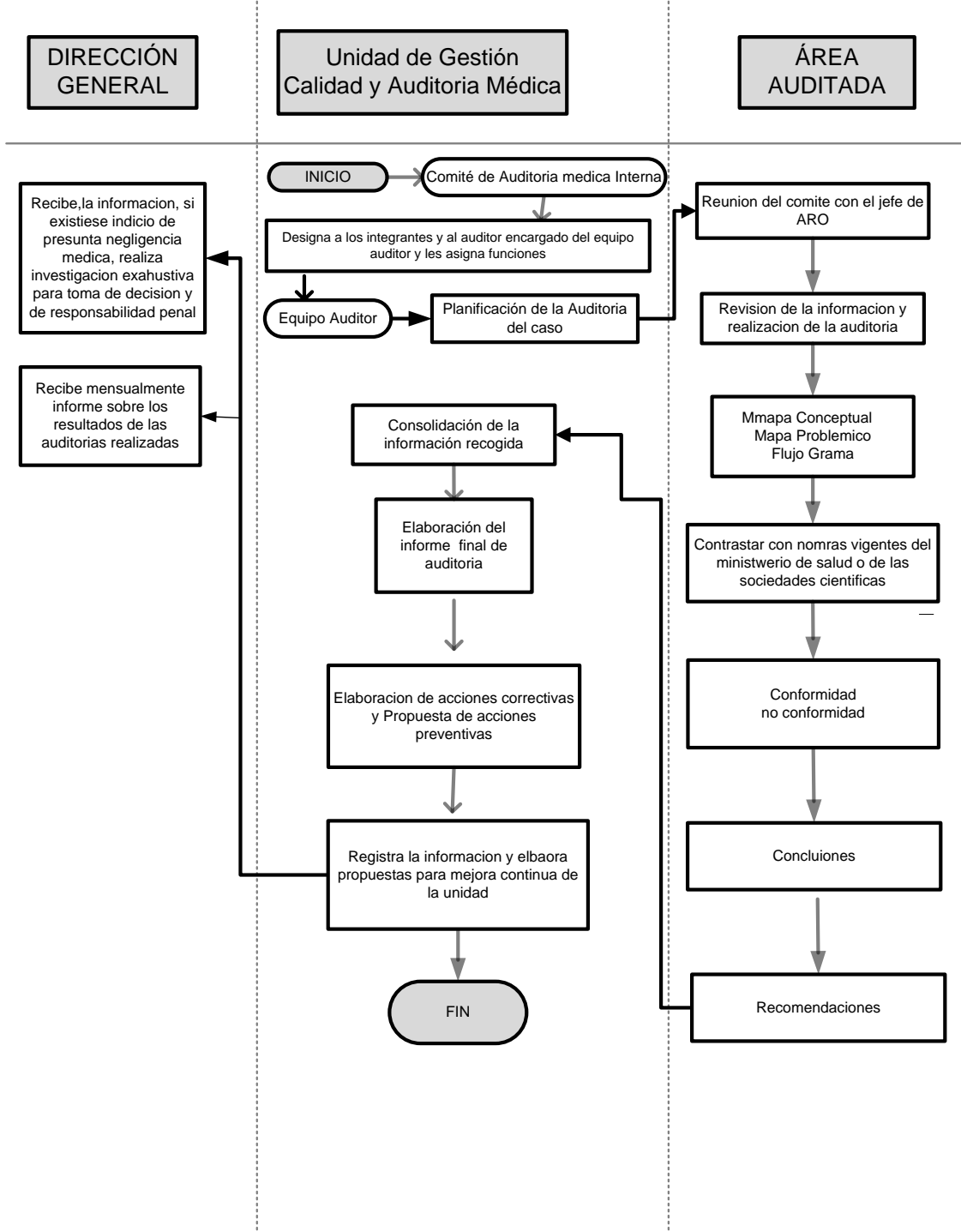
Manejo

- Hospitalización
- SV- Temperatura axilar y rectal
- Confirmar edad gestacional
- Laboratorio- PCR, leucograma, VES, Examen G. de orina.

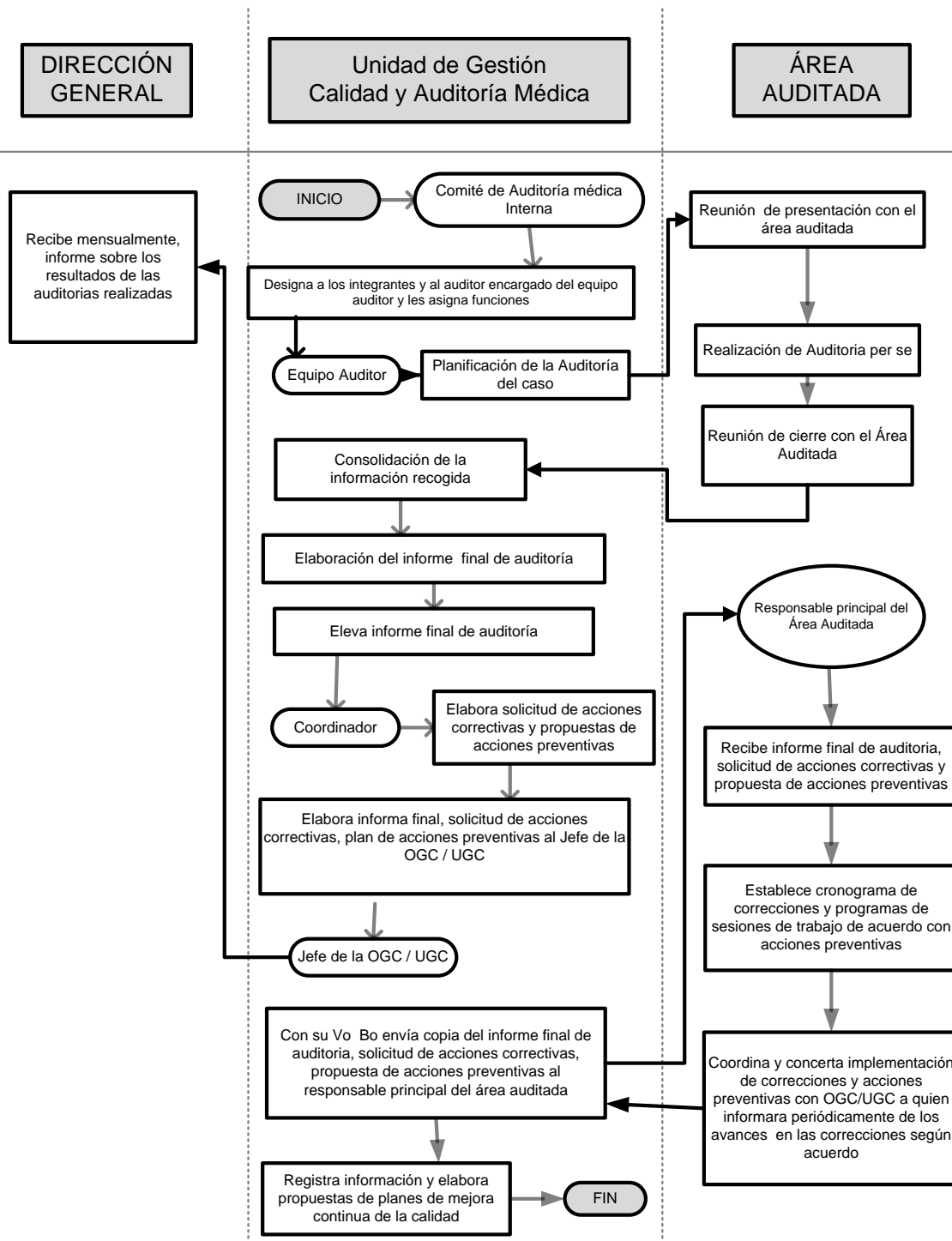
Tratamiento

- Menos de 27 semanas:
 - Antibióticos
 - Betametasona 12 mg. c/24 hs. X3 d
 - Interrupción al menor indicio de infección.
- 27 a 35 semanas:
 - Antibioticoterapia
 - Valorar edad gestacional
 - Betametasona por 3 días
 - Interrumpir el embarazo

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE CASOS



FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS



PLANIFICACION DE LA CALIDAD

OBJETIVOS:

- Incorporar a las características de Auditoria Medica, actividades que garantice la calidad.
- Apego a normas – procedimientos y procesos de atención.
- Educación médica continua
- Referencia a criterios y estándares.

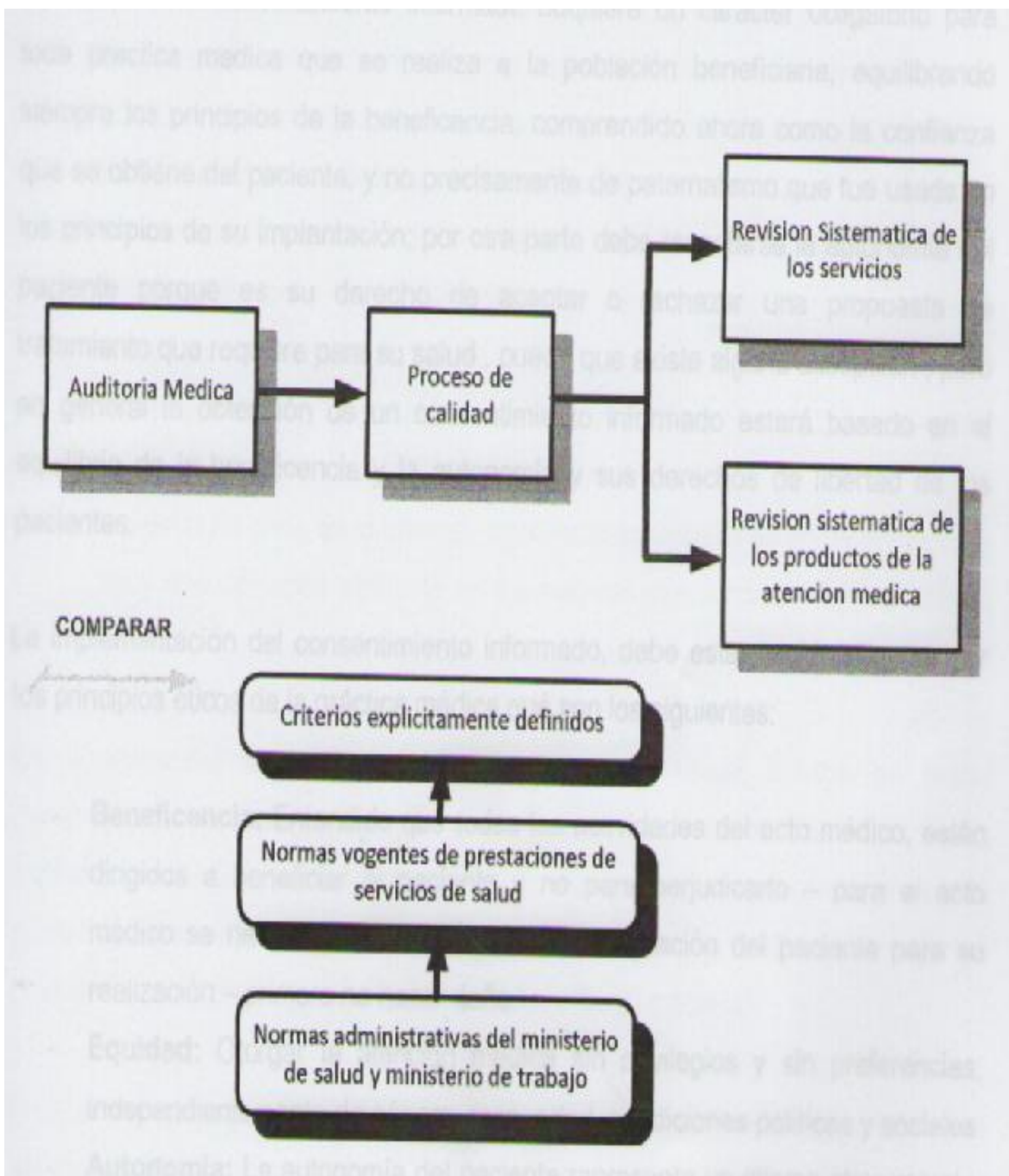
ALCANCE:

Con la implementación de la auditoria médica como instrumento de mejora de la calidad, se pretende mejorar en aspectos de:

- Usuario y comunidad
- Personal de salud
- Variabilidad práctica clínica
- Implantación de programas
- Coordinación de interniveles
- Promoción, educación, y programas de salud
- Practica asistencial
- Acreditación y certificación
- Sistemas de información
- Organización
- Eficiencias y costos
- Costos de no calidad.

PLANIFICACION DE LA CALIDAD

GUIA DE CALIDAD:



12 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actualmente el consentimiento informado adquiere un carácter obligatorio para toda practica medica que se realiza a la población beneficiaria, equilibrando siempre los principios de la beneficencia, comprendido ahora como la confianza que se obtiene del paciente, y no precisamente de paternalismo que fue usada en los principios de su implantación; por otra parte debe respetarse la autonomía del paciente porque es su derecho de aceptar o rechazar una propuesta de tratamiento que requiere para su salud , pueda que existe alguna excepción , pero en general la obtención de un consentimiento informado estará basado en el equilibrio de la beneficencia y la autonomía y sus derechos de libertad de los pacientes.

La implementación del consentimiento informado, debe estar regido siempre por los principios éticos de la práctica médica qué son los siguientes:

- **Beneficencia:** Entendido que todas las actividades del acto médico, están dirigidos a beneficiar al paciente y no para perjudicarlo – para el acto médico se necesitan contar con la libre aceptación del paciente para su realización – primero no hacer daño.
- **Equidad:** Otorgar la atención medica sin privilegios y sin preferencias, independientemente de género, raza, edad, condiciones políticas y sociales
- **Autonomía:** La autonomía del paciente representa un dilema ético-moral y enfrenta al profesional con una forma determinada de ejercer la profesión médica. Es el derecho ineludible que tiene todo ser humano de decidir y disponer sobre todo lo que corresponde a su cuerpo. La autonomía del paciente es la base en la que se asienta el consentimiento informado, herramienta fundamental para la prevención del riesgo legal de la praxis médica.

- **Confidencialidad:** El acto médico es una actividad que debe guardar un respeto irrestricto entre el médico y el paciente.
- **Respeto a la dignidad:** Como persona y fundamentalmente como paciente, el derecho a su vida privada debe ser respetadas en todo momento durante la atención medica incluidas su cultura y sus valores.
El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento y tiene derecho a una atención terminal humana y que muera lo más digna aliviadamente posible.
- **Solidaridad:** Actualmente establecidos en los códigos de Ética y Deontología médica del colegio médico de Bolivia, basada fundamentalmente en la relación entre médicos con el mutuo respeto, lealtad y consideración.
- **Honestidad:** Es un principio con apego a la Ética, la moral, las normas y leyes.
- **Justicia:** Es parte de la base de protección de la salud es un derecho por la ley y que debemos otorgarla en las mejores condiciones y con la calidad posible.

En la actualidad existe una cierta psicosis en la clase médica por dejar documentado el consentimiento de todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, por lo que desde ciertos sectores se preconiza el uso de protocolos específicos de información y consentimiento, estimando que les protegerán, a modo de paraguas, contra futuras "reclamaciones".

En la información que se da al paciente se deben incluir tanto los riesgos como las ventajas de la práctica médica. El gran problema frente al cual se puede encontrar el médico es que si informa absolutamente todo, es muy posible que el paciente lisa y llanamente se asuste y no quiera asumir el tratamiento médico propuesto. Esto se complica si se tiene en cuenta que hasta el tratamiento médico más simple tiene sus riesgos.

GUIA DE AUDITORIA MÉDICA PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS GENERALES:

- Datos personales del paciente
- Nombres y Apellidos del médico que informa.

DATOS PROPIOS DE LA INTERVENCION

- Nombre del procedimiento que se va a realizar.
- Objetivo con explicación breve y sencilla del procedimiento.
- Descripción breve de la forma en cómo se llevara a cabo el procedimiento.
- Beneficios de la intervención, que mejoría espera obtenerse.
- Molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.
- Procedimientos alternativos con sus riesgos, molestias y efectos secundarios.
- Explicación de los criterios que han guiado al profesional en su decisión de recomendar un procedimiento y no los otros.
- Consecuencias seguras de la intervención que se consideren relevantes o de importancia
- Curso espontaneo del padecimiento sin tratamiento y consecuencias de ello.

RIESGOS:

- 1- **Riesgos insignificantes pero de común ocurrencia:** Deben ser informados.
- 2- **Riesgos insignificantes y de escasa ocurrencia:** No es necesario que sean informados
- 3- **Riesgos de gravedad y común ocurrencia:** Deben ser detalladamente informados
- 4- **Riesgos graves de escasa ocurrencia:** Deben ser informados.

CRITERIOS DE INFORMACION PARA DETERMINAR EL GRADO INFORMACION QUE SE DEBE BRINDAR AL PACIENTE:

- a) El criterio del médico razonable que fue usado en 1960 en la causa “Natanson c/ Kline”. Atiende a lo aceptado por la comunidad médica. Este criterio tiene un marcado tinte paternalista y responde al ejercicio de la medicina propio de la década del 60.
- b) El criterio de la persona razonable, que fue utilizado a partir de 1969 en la causa “Berkey vs/ Anderson”. Conforme esta tesis, el médico deberá revelar al paciente lo que una hipotética persona razonable desearía conocer en esas mismas circunstancias.
- c) El criterio subjetivo según el cual el Juez pregunta al paciente que riesgos y qué complicaciones desearía haber conocido.

En cuanto a las excepciones, es decir a los supuestos en los cuales el médico queda eximido de requerir el consentimiento informado, se enumeran las siguientes causas, que deben ser interpretadas en forma restrictiva:

- a) Grave peligro para la salud pública

- b) Situación de urgencia
- c) Incompetencia del enfermo (en cuyo caso se deberá recurrir a un familiar cercano)
- d) Privilegio terapéutico
- e) Imperativo legal
- f) Rechazo expreso de toda información por parte del paciente en forma voluntaria.

En cuanto al privilegio terapéutico, fue introducido por la Jurisprudencia de Estados Unidos en 1972 en la causa "Canterbury vs./ Spence.

En dicha causa se estableció el criterio según el cual: "El médico tiene un privilegio terapéutico que le capacita para ocultarle información al paciente respecto a los riesgos del procedimiento al que va a ser sometido en el caso que fuera evidente que un reconocimiento médico por un profesional juicioso demostrara que tal revelación supondría una grave amenaza para la integridad psicológica del paciente".

De recurrir el profesional al privilegio terapéutico, es aconsejable que se deje constancia fundada de ello en la historia clínica del paciente y se brinde la información del caso a los familiares.

Así como en las urgencias, el consentimiento informado se diluye e incluso puede llegar a desaparecer; se hace necesario en las cirugías programadas, y aún cuando se trata de procedimientos médicos o intervenciones quirúrgicas que pueden ser postergadas o canceladas.

Aspectos éticos del Consentimiento informado en la comunicación clínica

La relación clínica es el núcleo fundamental de toda la asistencia sanitaria. Esta relación se ha basado históricamente en el valor predominante de la beneficencia, entendida como la búsqueda del beneficio del enfermo, y se había aplicado con un esquema paternalista según el cual tan sólo el médico decidía; lo hacía en nombre del enfermo, sin embargo no forzosamente de acuerdo con su criterio. Últimamente, este modelo ha entrado en crisis por muchos motivos: sobre todo porque el enfermo es considerado en todo momento como persona adulta que tiene que poder ejercer una autonomía en las decisiones que le interesen. Se trata de una concreción, en el ámbito sanitario, de los derechos humanos de las personas. Algunos cambios en la estructura de los servicios sanitarios han hecho más compleja la relación; avances imprevisibles y rápidos han aumentado las opciones y han hecho más difíciles las decisiones, y los ciudadanos son más exigentes con sus derechos. Estos y otros cambios han hecho que, del modelo anterior, se pase a otro con más valores en juego como son el de la equidad (según el cual todo el mundo tiene derecho a la misma consideración en caso de enfermedad) y el de la autonomía personal (es decir, el derecho a ser respetado como persona adulta que tiene que poder decidir sobre las cuestiones que le afectan, aunque esté enfermo).

Estos nuevos valores se ven plasmados en el reconocimiento de nuevos derechos de los pacientes. Así, la obligación del consentimiento libre antes de cada actuación y el derecho a la información de cada enfermo favorecen el ejercicio de una autonomía creciente. De esta manera, la sociedad ha querido favorecer la eclosión de estos nuevos valores, que han de incorporarse con ayuda de la ley en la relación clínica, más allá de la beneficencia. En resumen, la ley manifiesta el derecho que tiene el enfermo a la información y sobre lo que de él se va sabiendo, y a consentir a lo que se le ofrece.

Por lo tanto, se desprende que el profesional tiene la obligación de poner sus conocimientos al servicio del enfermo en todo momento, y no solamente por obtener un consentimiento; y de presentarle una propuesta razonada para que pueda aceptarla, o no, y que eso conste por escrito. El Consentimiento informado escrito generalizado pretende asegurar que el enfermo ha podido disfrutar de la oportunidad de ejercer su derecho de autodeterminación.

EJEMPLOS DE MODELOS PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Título de la investigación:

AUDITORIA MEDICA COMO INSTRUMENTO DE LA MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y AL RECIEN NACIDO, EN EL SERVICIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

Objetivo de la investigación:

Mejorar la calidad de la atención médica, a la mujer gestante y al recién nacido, con la implementación de un sistema de auditoría médica interna al acto médico.

¿Qué se propone en este estudio?

Auditar la atención médica prestada a todas las pacientes que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del hospital de la mujer, mediante la revisión de los expedientes clínicos según tabla de contingencias.

¿Cómo se seleccionaran a los participantes?

El estudio será a todas las pacientes internadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico, que requieran tratamiento por patologías propias del embarazo como las añadidas.

Cantidad y edades de los participantes

La población de estudio será de 260 pacientes ingresados al servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Riesgos y beneficios:

El estudio no conlleva ningún riesgo y la paciente no recibe ningún beneficio.

Compensación:

No se dará ninguna compensación económica por participar, pero la colaboración para que mejore la atención médica será importante.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio:

La paciente tiene todo el derecho de aceptar o retirarse de la investigación y no habrá ningún tipo de sanción o represalias.

A quién contactar en caso de preguntas:

Investigador(a) y Director(a) o medico tratante.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi caso clínico sea investigado y auditado para mejorar la atención medica.

Para su constancia, firmo al pie de esta autorización.

Nombre.-.....

CI No.-.....

Firma.-.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Bolivia por la Ley de Ejercicio de la Medicina y las normas de Bioética , y otros relacionados, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La paciente

_____ de _____

años

C.I.Nº _____ natural de (ciudad,
país) _____

Y/o el señor/señora

C.I.Nº: _____ natural de (ciudad,
país) _____

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor: WILFREDO CANAZAS CONDE, identificado con la Matricula profesional de C-544 y código C – 280 Colegio de Médicos de Médicos del Departamento de La Paz, Especialista debidamente certificado en Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la atención de un TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL:

1. Que el trabajo de parto consiste en una serie de mecanismos activos y pasivos que tienen como finalidad modificar el cuello del útero y permitir la expulsión fetal y placentaria por vía vaginal.
2. Que existen tres etapas en dicho trabajo de parto que son: la dilatación y el borramiento del cuello del útero, el descenso y la expulsión del feto, y el alumbramiento de la placenta.
3. En ocasiones la atención del trabajo de parto podría presentar complicaciones imprevistas e impredecibles en alguna de sus etapas.
4. Que el trabajo de parto se desarrollará en posición de litotomía (supina con piernas levantadas), manejado de manera activa con alguna forma de agente uterotónico, oxitócicos o prostaglandinas, bajo vigilancia de alguna forma de monitoreo electrónico y bajo alguna forma de analgesia o anestesia, administrada por un Especialista Anestesiólogo, para mi seguridad y comodidad durante el trabajo de parto.
5. Que las principales complicaciones materno fetales que pueden aparecer y comprometer mi estado de salud o el de mi bebé, en algunos casos con riesgo potencial de muerte, son:
 - Trabajo de parto estacionario y/o falta de dilatación y progreso.
 - Alteración de la contractilidad uterina.
 - Desgarros cervicales/perineales.
 - Sufrimiento fetal agudo: Implica un feto en riesgo de morbimortalidad

Relacionado con disminución del aporte de oxígeno a nivel cerebral (encefalopatía hipóxica). En la actualidad no disponemos de métodos que nos permitan detectar fiel y precozmente dicho estado, sin embargo, en muy raras ocasiones éste causa secuelas neurológicas permanentes (parálisis cerebral) y lo común es la supervivencia fetal sin secuelas. De presentarse secuelas neurológicas, éstas se

relacionan principalmente con lesiones neurológicas intrauterinas previas, tales como:

- Atonía uterina posparto.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Desprendimientos placentarios.
- Prolapso de cordón.
- Acretismos placentarios (invasión anormal de la placenta en la pared del útero).
- Nudos verdaderos de cordón.
- Ruptura uterina.
- Inversión uterina posparto.
- Distocia de hombros (interposición de los hombros durante la expulsión fetal).
- Embolia de líquido amniótico (líquido amniótico en los pulmones de la madre).

6. Habitualmente, durante el expulsivo se requiere la práctica de la episiotomía que posterior al parto deberá ser suturada y que sus posibles complicaciones pueden ser: desgarros perineales, que en casos extremos pueden incluir el esfínter externo del ano y recto, dolor, formación de hematomas, infecciones de la herida, dehiscencia de la sutura y, a largo plazo, fístulas recto vaginales.

7. Potencialmente un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, aplicando fórceps, espátulas o ventosas especialmente diseñadas para ayudar en aquellos casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, se me ha explicado que los riesgos del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la cabeza fetal y los desgarros perineales en la madre.

8. Es posible que se practique, por parte del médico ayudante del Dr. GOMEZ algún tipo de presión sobre el fondo uterino (Maniobra de Kristeler) para ayudar en la expulsión de mi bebé

9. Que si bien existen grupos de riesgos en donde es más frecuente que se presenten dichas complicaciones, eso no excluye el que puedan aparecer en mujeres sanas sin ningún riesgo obstétrico identificable. Por tanto, se me ha explicado que determinadas situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal tales como:

- Mayores de 38 y menores de 15 años.
- Primíparas y grandes multíparas.
- Obesidad y desnutrición.
- Fumadoras y farmacodependientes.
- Embarazos no deseados.
- Embarazos con pocos o ningún control prenatal.
- Cesáreas anteriores u otra cirugía uterina principalmente con placenta previa (riesgo de acretismo).
- Embarazos múltiples.
- Fetos macrosómicos (peso mayor de 4.000 gramos).
- Fetos con bajo peso o retardo del crecimiento intrauterino.
- Fetos con malformaciones congénitas/cromosómicas (en ocasiones pueden no ser evidenciables).
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas: podálica, cara, frente, bregma, transversa, oblicua.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo: hipertensión crónica o preeclampsia.
- Diabetes antes o durante el embarazo.
- Amenaza o trabajos de partos prematuros (menores de 38 semanas).
- Oligohidramnios (disminución de líquido amniótico).
- Polihidramnios (aumento de líquido amniótico).
- Ruptura prematura de membranas.
- Embarazo en pacientes con: Abortos previos, antecedentes de esterilidad, anomalías congénitas de genitales, miomas uterinos, masas anexiales. Enfermedades cardíacas, renales, hematológicas, neurológicas, hepáticas,

metabólicas, inmunológicas, infecciosas, osteoarticulares o mentales. Por lo tanto, en mi caso concreto por ser o presentar:

_____ entiendo que tengo un mayor riesgo de presentar dichas complicaciones.

10. La aparición de alguna de estas complicaciones puede conllevar la realización de una cesárea de urgencia y en algunos casos (hemorragias incontrolables) cesárea más histerectomía total o subtotal en procura de salvar mi vida o la de mi hijo. Si esto llegara a ocurrir, entiendo que se requiere anestesia y asumiré los riesgos inherentes a ella y a los derivados del propio acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

11. Que mi bebé será recibido por un Pediatra al momento de nacer y que luego de su evaluación inicial me será entregado para que lo sostenga brevemente para luego permitir que sea llevado al Retén de Recién Nacidos para su evaluación definitiva y control de temperatura corporal. Acepto el hecho de que este esquema de manejo del Recién Nacido no me permitirá amamantarlo inmediatamente pero que no entorpecerá el proceso natural de lactancia humana.

Escriba SÍ o NO en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones

ACEPTO

Que el doctor WILFREDO CANAZAS CONDE realice el control y la atención de mi PARTO VAGINAL.

Firma paciente _____

Firma testigo. _____

Firma médico _____

En La Paz, a los _____ días del mes de _____ de 20____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO POR VIA DE CESAREA

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Bolivia, por la Ley de Ejercicio de la Medicina y la Ley de BIOETICA, de la actual constitución Política del Estado y otros relacionados, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La paciente

_____ de _____

años

C.I.Nº _____ natural de (ciudad,
país) _____

Y/o el señor/señora

C.I.Nº: _____ natural de (ciudad,
país) _____

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor: WILFREDO CANAZAS CONDE, identificado con la MMSP C-544 y MATRICULA DEL COLEGIO MEDICO C-280, Especialista debidamente certificado en Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la operación CESÁREA.

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal y placentaria por vía abdominal.

2. El hecho de indicar una cesárea se debe a que las circunstancias actuales de mi embarazo y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo en cuanto al compromiso de la salud o muerte para la madre y el feto o ejercer mi derecho a decidir la vía de nacimiento de mi bebé y, por lo tanto, no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi futuro hijo y para mí. En mi caso concreto, las indicaciones son:

3. La cesárea requiere anestesia, que será valorada y realizada por el Servicio de Anestesia y, después de la extracción, atención por pediatría del recién nacido.

4. La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que es una modalidad de parto), tales como: hemorragia, atonía uterina, desgarros y endometritis, que ocasionalmente pueden derivar en otras más graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas y, por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la piel o intra abdominales, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos, dehiscencia y/o eventración post quirúrgica.

6. Determinadas situaciones médicas generales pueden llevar un mayor riesgo de complicaciones durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto con un mínimo porcentaje de muerte. Las más comunes son: hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad, malnutrición, edad menor de 15 o mayor de 38 años, anemia, alergias, cirugías abdominales previas, enfermedades

cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de:

7.

_____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

Determinados factores son considerados de riesgo obstétrico para presentar complicaciones durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto, tales como: preeclampsia, eclampsia, trastornos de coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios (aumento de líquido amniótico), oligohidramnios (disminución de líquido amniótico), retardo del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación de nalgas o situación transversa, ruptura prematura de membranas, prematuridad, embarazo prolongado, madre RH negativa, colestasis gravídica, cirugías uterinas previas (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobre puestas al embarazo. Por lo tanto, por mi situación actual

de _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar complicaciones.

8. Como en toda intervención, existe un riesgo de complicaciones intraoperatorias imprevistas e impredecibles propias del embarazo, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud o del de mi hijo, tales como: acretismo placentario (invasión anormal de placenta al cuerpo del útero), rotura uterina, embolia de líquido amniótico (líquido amniótico a pulmones de la madre), inversión uterina, eclampsia (convulsiones en mujeres con hipertensión), hemorragias uterinas por atonía uterina, desgarros uterinos, nudos verdaderos de cordón, aspiración meconial, lesiones fetales por presentaciones anómalas.

9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida o la de mi hijo.

Escriba SÍ o NO en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. En tales condiciones

ACEPTO

Que el doctor WILFREDO CANAZAS CONDE me realice una CESÁREA

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Firma médico _____

En La Paz, a los _____ días del mes de _____ de 20__

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en el Hospital de la mujer, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

La paciente de años

C.I. N°:..... De

Y/o el señor/señora

C.I. N°:..... de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:.....,.....
identificado con C.I. N°..... de....., ginecólogo y obstetra
con MP. N°:....., me ha informado que debido a que las exploraciones
efectuadas: examen clínico, ecografía, rayos X, TAC, RMN u otras pruebas no han
llegado a realizar un diagnóstico correcto, es necesario/conveniente realizar, por
mi situación actual, una LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, para lo cual nos ha
suministrado la siguiente información:

1. La laparotomía consiste en la apertura de la cavidad abdominal y revisión directa de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:

- Tomas biopsias.
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre el útero, ovarios, trompas u otro lugar abdomino-pélvico si fuese necesario.
- Extirpación de todo el aparato genital (anexo-histerectomía abdominal total).

En mi caso concreto el planteamiento inicial
es..... Ante la sospecha diagnóstica
de.....

2. De manera expresa.....autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).

3. La laparotomía exploradora requiere anestesia, que será valorada y administrada por el servicio de anestesia.

4. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de:.....entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones

5. Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragias intra o posoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
- Hematomas (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realizara histerectomía.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Fístulas vesico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
- Eventraciones y/o evisceraciones postquirúrgicas.

6. Si se me realiza una histerectomía hay ausencia de menstruaciones y no es posible conseguir un embarazo. Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia.

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba **SÍ o NO** en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo.....

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.....

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCION DEL PARTO

Consiste en provocar la finalización de la gestación, bajo vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado, siendo las mas frecuentes de forma individual o combinada:

- Rotura de la bolsa amniótica
- Administración intracervical del gel de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
- Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.
- Administración de prostaglandinas intramusculares o intravenosas, que solo se emplean para la inducción de fetos muertos.

También cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo.

RIESGOS DE LA INDUCCION DEL PARTO

La inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados. A pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables en la madre o en el feto, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,...), y los específicos del procedimiento:

- Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de as veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica.

- Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
- Fracaso de la inducción
- Rotura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del el feto.
- Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
- La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios tecnológicos del Hospital De La Mujer disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY:

Si después de leer detenidamente este documento desea mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, quien le atenderá con mucho gusto.

CONSENTIMIENTO

El doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento especial propuesto, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en leyes de Bioética y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del Paciente.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con mi intervención.

Por lo tanto, Yo _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado el procedimiento especial _____

Paciente Medico

Nombre: _____ Nombre _____

Firma _____ Firma _____

Documento de identidad _____ Documento Identidad _____

Registro Médico _____

Teléfono _____

El presente documento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

RECHAZO O REVOCATORIA

Yo _____ después de ser informada sobre la naturaleza y propósito del procedimiento especial propuesto, así como sobre las Ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos de la misma, manifiesto de forma libre y consciente mi negación () / revocación () para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Paciente	Medico
Nombre: _____	Nombre _____
Firma _____	Firma _____
Documento de identidad _____	Documento Identidad _____

Registro Médico _____

Teléfono _____

Testigo

Firma _____

Nombre _____

Documento de Identidad _____

El presente documento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Este Documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del Paciente

13 BIBLIOGRAFIA

1. BIANCONE ZULEMA, Desayunos Temáticos sobre Auditoria Medica Operativos Práctica, Sadan – ISALUD, Instituto Universitario de Murcia España-SACAS-2005.
2. CACERES VEGA EDGAR O. MORENO SAN JUAN MIGUEN ANGEL, Ética Calidad Total y Auditoria Medica. ISO 9000 – 2000. Instituto de investigación administrativa Económica y Tecnológica. 2002, Santa Cruz – Bolivia.
3. COMITÉ DE BIOETICA, guía sobre el consentimiento informado (versión revisada), Cataluña, Octubre 2002. Pag. 15 al 25.
4. CORRALES CALIGIORE, I Y DIAZ SOSA J A, Satisfacción del usuario de área de hospitalización de un Hospital de 3er. Nivel. Revista en Enfermería Global N° 2 Mayo 2003. Mérida Venezuela.
5. CORDERO BORJA RODOLFO, Auditoria Medica en Centro Medico de ESSLUD, con Sistema de Gestión Hospitalaria. Lima Perú. 2004.
6. ESINGER, A., NIEBYL, J. et al. Tratamiento comparativo con Ritodrina e Indometacina en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro. Am. J. Obstet. Gynecol, 1991, pp. 164.
7. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION SANTA FE BOGOTA. Consentimiento informado para Inducción de Parto, versión N° 8, Marzo 2006. Pag. 1 - 4
8. GARCIA ZANZAS NELSON GUILLERMO, Evaluación de los Expedientes Clínicos de los pacientes Ingresados en los pabellones de Agredas Hospital Psiquiátrico. Periodos de Sept. A Noviembre 2003. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
9. LA PRENSA – INASES. Investigaciones caso Niña María Mamani. La Paz Bolivia. 3 Marzo 2006.
10. LLANOS ZAVALAGA LUIS FERNANDO, Auditoria Medica de Historias Clínicas en consulta Externa de 4 Hospitales Publicas Peruanas. 220 Rev. Medica Hered 17 (4) 2006, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.

11. MAYA MEJIA JOSE MARIA, ¿Es Anti ético la Auditoria de la Calidad en Salud?. Formación Médica – MEDUNAB – Vol.4 N° 11- Sept. 2001. Medellín Colombia.
12. NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB – SNS – 02 – 96. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. Ministerio de Desarrollo Humano Secretaria Nacional de Salud y Mothercare/Bolivia. 1996 – 2004.
13. ORTEGA JOSE MARIA – BENITO. La Auditoria Medica Clínica. Definiciones y Tipología. Artículo Especial. Medicina Clínica-Barcelona. 1994 -103. 741-744.España.
14. PISCOYA JOSE, Calidad de la Atención de Salud atreves de la Auditoria Medica, 199N 1025-5583. Vol. 61 N° 3 -2000. Universidad Nac. De San Marcos. Lima Perú.
15. RENCORET S. GUSTAVO, Auditoria Medica: Demandas y Responsabilidades por negligencia. Gestión de <calidad: Riesgos y Conflictos. Revista Chilena de Radiología – vol. 9 N° 3, año 2003 – 157 a 160.
16. SCHWARCZ A., DUVERGES, C. DIAZ, G., FESCINA, R.: Obstetricia, Ed. El ateneo. 3a. Reimpresión, 1997; pp.218-228

14 ANEXO

GUIA DE EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO

Parámetro a Evaluar	INDICADORES	Evaluación Ordinal	
		SI	NO
Procedimientos establecidos para el proceso de atención	Registro de datos generales del paciente		
	Registro de fecha de ingreso		
	Registro de diagnóstico de admisión		
Integridad y claridad del Registro de la Historia Clínica	Historia clínica abierta por el Médico de guardia		
	La historia clínica contiene registro de anamnesis		
	Registro de Motivo de consulta y enfermedad actual		
	Registro de tratamientos recibidos		
	Registro de exámenes realizados		
	Registro de evolución Clínica		
	Registro de antecedentes patológicos y familiares		
	Registro del examen físico		
	Registro de examen neumológico		
	Registro de signos vitales		
	Registro de exámenes complementarios		
	Registro de diagnósticos diferenciales		
Registro del diagnóstico de sala			
Registro de tratamientos e indicación de exámenes complementarios			

Correlación entre el diagnóstico de admisión y el de sala	Justificación sobre la base del diagnóstico presuntivo de admisión para la internación		
	Relación entre el diagnóstico presuntivo de admisión y los diagnósticos diferenciales de sala		
Relación entre las indicaciones de tratamiento con el diagnóstico y protocolos de atención	Tratamiento en base a protocolos y fármacos del listado del SUMI		
Adecuación de la conducta terapéutica al manual de procedimientos	Relación entre la dosis, vía y tiempo de tratamiento con las normas de atención y evolución del paciente		
Justificación de los exámenes complementarios solicitados	Relación entre la solicitud de exámenes complementarios con los diagnósticos diferenciales o diagnósticos establecidos		
Correlación clínica epidemiológica del caso	Cumplimiento de criterios epidemiológicos para control y seguimiento del caso según normas establecidas		

Parámetro a Evaluar	INDICADORES	Evaluación Ordinal	
		SI	NO
Evoluciona de la paciente	Registro de evolución general		
	Registro de síntomas nuevos		
	Registro de respuesta al tratamiento		

	Registro de resultados de exámenes complementarios		
	Registro de cambios de medicación		
	Registro de ínter consultas		
	Registro diario de ordenes medicas		
	Autorizaron del paciente para el procedimiento medico quirúrgico		
Conducta Quirúrgica	Registro de justificación de la conducta quirúrgica		
	Registro de notas PRE y post operatorias		
	Registro del protocolo quirúrgica		
	Registro de notas de anestesiología		
	Registro de resultados de exámenes complementarios		
	Registro de complicaciones		
Días de internación	Relación entre el cuadro clínico y los días de internación		
Procedimientos del egreso hospitalario	Registro de diagnostico de ingreso		
	Registro de diagnostico de egreso		
	Registro de fecha de ingreso		
	Registro de fecha de egreso		
	Registro de las causas de alta		
	Registro de los días de internación		
	Registro de defunción		
	Registro de conclusiones y datos de autopsia		

VALORACION DE RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
1. RECURSOS FISICOS					
1.1 Ubicación y accesibilidad					
1.2 Amplitud, iluminación, ventilación, y temperatura					
1.3 Sistemas de localización e intercomunicación					
1.4 Distribución y delimitación de las áreas					
1.5 Dotación de mobiliario, equipo e instrumental					
1.6 Disponibilidad de los RR de seguridad					
1.7 Orden y aseo de las áreas					
1.8 Disponibilidad de áreas de guarda de medicamentos, equipo, material y ropa					
1.9 Acciones de mantenimiento preventivo					
1.10 Cumplimiento de las órdenes de mantenimiento					
1.10.1 Aéreas físicas					
1.10.2 Mobiliario					
1.10.3 Equipo medico e instrumental					
2. DOTACION PERSONAL					

2.1 Suficiente en función de:					
2.1.1 Plantilla Autorizada					
2.1.2 Cobertura de plazas					
2.1.3 Demanda de Atención					
2.1.4 Productividad					
2.2 Capacidad profesional y técnica del personal					
2.3 Aprovechamiento de la jornada de trabajo					
3. DOTACION DE ARTICULOS DE CONSUMO					
3.1 Medicamentos					
3.2 Material de curación					
3.3 Ropa de servicios médicos					
3.4 Papelería, impresos y útiles de oficina					
3.5 Material de laboratorio, radiológico y otros gabinete					
3.6 Artículos de aseo					
3.7 Ropa contractual					
4. PROCESOS DE ATENCION					
4.1 Congruencia del envió con el nivel de atención y de regionalización vigentes					
4.2 Disponibilidad de los servicios					
4.3 oportunidad en la atención					

4.4 Amabilidad en el trato				
4.5 Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios.				
4.6 Respeto a la privacidad y trato individualizado				
4.7 Identificación y medidas de seguridad al paciente				
4.8 Relación del personal con el paciente y familiares				
4.9 Cumplimiento de procedimientos de acuerdo a las normas vigentes				
4.10 Utilización adecuada de la tecnología				

4.11 Prevención, detección oportuna y manejo adecuado de las complicaciones					
4.12 Discusión de casos problemas con el jefe					
4.13 Coordinación entre las áreas que intervienen					
4.13.1 En la visita médica					
4.13.2 En el manejo de la prescripción					
4.13.3 En la asignación de cama					
4.13.4 En la programación quirúrgica					
4.13.5 En el manejo de pre alta					
4.13.6 Coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud que se requiera					
5. RESULTADOS DE LA ATENCION					
5.1 Oportunidad en el egreso					
5.2 Solución del problema que motivó la atención					
5.3 Ausencia de daño como consecuencia de la atención					
5.4 Ausencia de secuelas					
5.5 Satisfacción por la					

atención recibida					
5.6 Atención y solución de quejas					
5.7 Prescripción, incapacidad e instrucciones para continuar su manejo a domicilio					
5.8 Congruencia de la contra referencia con el nivel de atención y la regionalización vigentes					
5.9 Seguimiento a largo plazo					
5.10 Cumplimiento de programas vigentes					

PROTOCOLOS DE PATOLOGIAS PREVALENTES EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Definición

Es la presencia de contracciones uterinas regulares en frecuencia e intensidad, con modificaciones cervicales (borramiento o dilatación) a partir de las 20 semanas de gestación y antes de las 37 semanas.

Factores de riesgo

- Antecedentes de aborto o parto prematuro.
- Trabajo pesado.
- Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción
- Desnutrición.
- Anemia severa.
- Infección urogenital.
- Polihidroamnios.
- Gemelar.
- Malformación fetal.
- Malformación uterina.
- Tumores (miomas).
- Insuficiencia cervical.

Signos clínicos

- Contracciones uterinas regulares demás de 2 en 10 minutos y con duración de por lo menos 30 segundos o más, o de 6 contracciones de 45 segundos de duración en 1 hora.
- Al tacto vaginal, cuello con borramiento y/o dilatación. Presencia de dinámica uterina y modificaciones cervicales.

Manejo

- Bajo Internación u hospitalización de la embarazada.
- Explique a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos y lo que va a hacer.
- Interrogue a la paciente sobre la fecha de su última menstruación (FUM). Mida la altura uterina cuando no hay contracción para determinar la edad gestacional.
- Palpe suavemente el útero para determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, así como la situación y presentación fetal, evitando estimular el útero.
- Evalúe la frecuencia cardíaca fetal.
- Descarte síntomas de infección urinaria baja o alguna infección del tracto genital.

Tratamiento

- Reposo en cama (hospitalización), preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- Expansión volumétrica con infusión de 1.000 cc de solución de Ringer Lactato entre 30 y 60 gotas por minuto.
- Sedación con Diazepam 5 a 10 mg vía oral cada 12 horas.
- Útero inhibición:

- Ritodrine: Diluir una ampolla en 500 cc de solución glucosada al 5%. Iniciar goteo con 20 g/minuto, incrementando el goteo de 10 en 10 gotas hasta lograr el efecto deseado, sin sobrepasar las 60 gotas/minuto.

ó si se cuenta con:

- Fenoterol: Diluir 1 ampolla (5 mg) en 500 cc de solución glucosada al 5%. Iniciar a 8 gotas/minuto e incrementar hasta conseguir efecto deseado, sin pasar de 25 gotas/minuto (20 gotas = 1 microgramo).

Consideraciones

— Los beta adrenérgicos producen los siguientes efectos colaterales: taquicardia, vaso dilatación, hipotensión, aumento de la lipólisis, glucógeno lisis, náuseas, vómitos y escalofríos. Observe y controle los efectos disminuyendo el goteo.

— Se administrarán con la madre en decúbito lateral izquierdo controlando que la taquicardia materna no supere los 120 latidos por minuto.

— Controle cada 20 minutos:

- Actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.

- Pulso materno.

- Presión arterial.

- Intensidad de efectos colaterales.

— Posteriormente controle cada 2 horas para evaluar mantención del efecto inhibidor.

— Pasadas 12 horas sin actividad uterina se cambia tratamiento a vía oral.

Comenzar con Ritodrine 10 mg yo. cada 6 horas.

— Administre oxígeno con máscara de 2 a 5 l/min.

— Antiprostaglandínicos:

- Indometacina: Administrar 100 mg vía rectal cada 24 horas por 3 días junto a los beta adrenérgicos. No debe sobrepasar la administración total de 300 mg. durante el tratamiento para evitar el cierre precoz del conducto arterioso del corazón fetal y sólo hasta las 31 semanas de gestación.

- Haga prevención del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro cuando:
 - El embarazo este entre 27 y 35 semanas.
 - Hay modificaciones cervicales.
 - No hay respuesta al tratamiento.
 - Con, betametasona 12 mg i.m. durante 2 días y luego cada 7 días hasta la semana 35 de gestación.
- investigue la causa y haga tratamiento si es posible (descarte infección urinaria baja).
- No realice útero inhibición en los siguientes casos:
 - Rotura prematura de membranas.
 - Diabetes descompensada.
 - Nefropatía.
 - Cardiopatía.
 - Feto muerto.
 - HIE severa o eclampsia.
 - Dilatación mayor a 4 cm.
 - Retardo crecimiento intrauterino.
 - Malformación incompatible con la vida.
- En caso de inminencia de parto se debe realizar una episiotomía amplia y si es posible y el personal esta capacitado, utilizar fórceps profiláctico para proteger la cabeza del feto por posibles traumas a la salida por el canal del parto.

- Equipo y soluciones cristaloides de venoclisis.
- Ringer lactato 1000 cc.
- Diazepam 5-10 mg tabletas.
- Ritodrina 10 mg ampollas.
- Fenoterol 5 mg ampollas.
- Indometacina 100 mg supositorios.
- Betametasona 4 mg ampollas.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definición:

Es la rotura de las membranas antes de iniciado el trabajo de parto o aborto. El riesgo para la madre y el feto es mayor cuanto más precoz sea la rotura.

El período de latencia es el tiempo entre la rotura y el parto. Si este es mayor a 24 horas, el riesgo y la gravedad de la infección para ambos, son mayores.

Riesgos fetales:

- Prematuridad (membrana hialina, hemorragia intraventricular, asfixia, hipoplasia pulmonar)
- Infección neonatal.
- Compresión del cordón.
- Procidencia o prolapso de cordón o miembros (más, durante el parto).
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación.
- Sepsis.
- Mayor morbimortalidad peri natal.

Riesgos maternos

- Corioamnionitis (infección ovular).
- Mayor incidencia de cesárea.
- Embolia amniótica.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en embarazo de término.
- Mayor morbimortalidad matern

Factores de riesgo

- En la mayoría de los casos es espontánea y de causa desconocida.
- Se asocian a las vulvovaginitis.
- Gestación múltiple.
- Corioamnionitis.
- Mala presentación fetal.
- Esfuerzo físico excesivo.
- Infección urinaria.
- Sobre distensión uterina (polihidroamnios, macrosomía fetal, desproporción céfalo pélvica).
- Déficit nutricional.
- Antecedentes de rotura de membranas.
- Incompetencia cervical.
- Traumatismo.
- Hemorragia PRE-parto.
- Adherencia anormal del polo inferior del huevo.

Signos clínicos

- Expulsión involuntaria y repentina de flujo acuoso (líquido amniótico) por los genitales. Se agrava con los esfuerzos y movimientos de la embarazada.
- Esta expulsión espontánea de flujo acuoso puede ser intermitente y de escasa cantidad o permanente y abundante.
- El flujo se verifica por los antecedentes referidos por la madre, la palpación abdominal y la inspección de los genitales externos. No realizar tacto.

- La palpación abdominal permite apreciar una disminución del volumen y altura uterina. Las partes fetales se pueden palpar con facilidad y son prominentes.

- Inspección genital externa: Al separar los labios mayores y con el pujo o tos de la embarazada, se observa salida de líquido amniótico.

Diagnóstico diferencial

- Leucorrea.
- Tapón mucoso.
- Emisión involuntaria de orina.

Manejo

- Confirme diagnóstico
- Realice una cuidadosa anamnesis interrogando sobre:
 - La salida de líquido por la vagina o por sensación de humedad en los genitales.
 - Color, cantidad y frecuencia de la pérdida de líquido.
 - Fecha y hora exacta de la pérdida de líquido.
 - Si ha tenido fiebre.

- Descarte presencia de prolapso de cordón, visualizando el cordón en vulva o vagina. Si confirma esta complicación, refiérase a anexo 7.
- Explique a la paciente lo que ocurre, los riesgos durante el embarazo y lo que le va a hacer.
- Controle signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura axilar y rectal).
- Efectúe examen obstétrico:
 - Haga diagnóstico de presentación fetal
 - Confirme vitalidad fetal

- Evalúe dinámica uterina
- Calcule cuidadosamente la edad de gestación por fecha de última regla y estimación de peso fetal por palpación abdominal
- No haga tacto vaginal ni rectal

HOSPITAL DE DISTRITO

— Haga ecografía para:

- Confirmar el diagnóstico.
- Confirmar la edad gestacional y, principalmente, tamaño del feto.
- Identificar el tipo de presentación, la variedad de posición y la situación del feto.
- Calcular el volumen de líquido amniótico.
- Comprobar si no existe compresión del cordón.

— Sólo si es necesario, según hallazgos del examen obstétrico y anamnesis, verifique dilatación y descarte prolapso de cordón a través de especuloscopia o examen vaginal, utilizando rigurosas técnicas de asepsia y antisepsia.

— Confirmado el diagnóstico:

Indicaciones generales

- Reposo absoluto (hospitalización).
- Control de signos vitales maternos cada 4 horas.
- Indicar exámenes de laboratorio:
 - Leucograma.
 - Velocidad de eritrosedimentación (VHG).
 - Proteína C reactiva (PCR) cuantitativa (el resultado negativo sugiere ausencia de infección).
 - Examen general de orina.

- Tener presente asepsia y antisepsia en todos los procedimientos. Aseo perineal 3 veces al día, y proteger genitales con apósito estéril y cambiarlo frecuentemente.

Indicaciones específicas

— Menos de 27 semanas:

- No hacer examen vaginal.
- No utilizar Ritodrine para suprimir las contracciones uterinas.
- Conducta expectante (si dentro de las 48 hr no se produce el parto, realizar una inducto-conducción).
- En el 80% de los casos el parto, la infección o ambos ocurrirán en una semana.
- Amoxicilina v.o . 1 g iv. STAT y luego cada 6 horas v.o, o por venoclisis vía parenteral.

— Entre 27 y 35 semanas:

- Se mantiene la conducta expectante mientras no haya signos de infección.
- Toma de muestra para cultivo y antibiograma de cérvix y vagina.
- Amoxilina v.o. 1 g i.v. STAT y luego cada 6 horas v.o. o por venoclisis vía parenteral.
- Control eco gráfico.
- Hacer test de Clements para averiguar maduración pulmonar.

Maduración pulmonar

— Inmadurez pulmonar sin trabajo de parto:

- Betametasona 12 mg cada 24 horas/3 días y luego cada semana hasta el parto.
- Evaluar bienestar materno fetal.
- Decidir el mejor momento para inducir el parto (evaluar factibilidad de conducta expectante).

— Inmadurez pulmonar con trabajo de parto:

- Betametazona o Dexametasona 2 mg. .m. STAT.
- Asegurar las mejores condiciones para el feto y la atención del recién nacido.

— Maduración pulmonar sin trabajo de parto:

- Decidir el mejor momento para inducir el parto (evaluar factibilidad de conducta expectante), asegurando las mejores condiciones para el feto y la atención del recién nacido.

— 36 semanas y más:

- Verificar la presentación, variedad de posición y situación.

— Si no se ha desencadenado el parto espontáneo a partir de 6 horas después de la rotura, hacer inducto-conducción del parto.

— Si hay signos de infección o la rotura tiene más de 6 horas, iniciar antibiótico terapia:

- Ampicilina 1 g iv. de inicio y luego va, cada 6 horas o por i.v. por vía parenteral
- Si la inducción fracasa o hay signos de sufrimiento fetal, está indicada la cesárea.

INFECCION PREMATURA DE MEMBRANAS CON INFECCION (CORIOAMNIONITIS)

Definición

Es la presencia de bacterias dentro del útero como consecuencia de la rotura prematura de membranas. Es un cuadro clínico grave, especialmente antes de las 27 semanas de gestación (si el feto no es viable se puede considerar el caso como aborto séptico).

Riesgos maternos

- Procesos inflamatorios pélvicos agudos localizados o generalizados. Las complicaciones pueden ser inmediatas o mediatas, y son causa de esterilidad secundaria.
- Muerte materna.

Riesgos fetales

- Onfalitis
- Pió dermitis
- Bronconeumonía
- Sepsis
- Muerte peri natal

Signos clínicos

- Pérdida de líquido amniótico turbio. Purulento o de mal olor.
- Compromiso del estado general.
- Temperatura axilar y rectal superior a 37,50 C.
- Taquicardia materna.

- Taquicardia fetal superior a 160 latidos por minuto.
- Dolor abdominal.

Manejo

- Control de ciclo vital
- Explique a la paciente y sus familiares los riesgos del caso y lo que le va a hacer.
- Terminar el embarazo en un plazo no mayor a 8 horas

HOSPITAL DE DISTRITO

Manejo

- Hospitalización.
- Explique a la paciente el cuadro, los riesgos y lo que le va a hacer.
- Planifique terminación del embarazo en un plazo no superior a 8 h, mejor si es por vía vaginal, independientemente de la edad gestacional.
- Informe a Neonatología sobre las condiciones del feto.
- Realice cesárea exclusivamente si la indicación es absoluta (transversa, prociencia de cordón, sufrimiento fetal u otra complicación que la indique).
- Antibiótico terapia:
 - Si es posible, hacer un cultivo y antibiograma, y utilizar los antibióticos más sensibles; si no, tomar una muestra e iniciar un tratamiento siguiendo uno de los siguientes esquemas:

Esquema uno:

- Amoxicilina 1 g iv. cada 6 horas.
- Gentamicina 80 mg i.v. cada 8 horas. Durante las primeras 5 dosis. Luego continuar tratamiento intramuscular por 7 a 10 días.

Esquema dos:

— Penicilina Sódica 6.000.000 u iv (inyección lenta) de inicio y luego cada 6 horas.

— Cefotaxima 1 a 2 g Lv. cada 8 horas.

— Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 horas ó Amikacina 500 mg cada 8 horas.

Durante las primeras 5 dosis. Luego continuar tratamiento intramuscular por 7 a 10 días.

Esquema tres:

— Metronidazol 500 mg iv. (primeras 3 dosis) perfundido en 30 minutos, continuando a goteo lento la misma cantidad cada 8 horas. 1 tableta v.o. cada 8 horas. (Apartir del segundo trimestre).

— Clindamicina 300 a 400 mg i.v. cada 6 horas.

— Gentamicina 80 mg (i.v.) cada 8 horas.

— En caso de falta de respuesta al tratamiento de los esquemas anteriores, considere el uso de antimicóticos.

— Utilice amino glucósidos, solo si existe una buena función renal.

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (H.I.E.) - PREECLAMPSIA

Definición

Es la hipertensión producida específicamente por el embarazo, acompañada de proteinuria, asociada o no a edema, después de las 20 semanas de gestación (incluidos el parto o el puerperio). Se ha planteado como causa etiológica a la placentación anormal.

Definición operativa de H.I.E.

- Se considera hipertensa a toda mujer gestante, cuya presión arterial sistólica se incrementa en 30 o más mmHg; y 15 o más mmHg en la presión diastólica, sobre su presión basal (antes de las 20 semanas o previa al embarazo), aun cuando no sobrepase los niveles de 140/90 mmHg.

— Si se desconoce la presión previa al embarazo, se asume como hipertensa a la gestante con presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg.

Clasificación

a) Preeclampsia

— **Leve o Moderada:**

- Presión arterial igual o superior 140/90 mmHg e inferior a 160/110 mmHg.
- Presión arterial diastólica inferior a 110 mmHg.
- Proteinuria de 0,5 a 2,9g en orina de 24 horas.
- Aparición después de las 34 semanas de embarazo.

- **Grave:**

- Presión arterial igual o superior a 160/110 mmHg.

- Presión arterial diastólica de 110 mmHg o más.
- Proteinuria de 3 g o más en orina de 24 horas).
- Aparición precoz (antes de las 34 semanas, pero después de las 20 semanas).

b) Eclampsia (capítulo a continuación)

- Toda preeclampsia a la que se le suma una o más convulsiones.
- En todo caso considerar los parámetros de la definición. No se incluye el edema, debido a que su presencia es inconstante; tampoco se considera proteinuria porque su detección es tardía

Factores de riesgo

- Edad (menor a 20 y mayor a 35 años).
- Primigesta de todas las edades. Riesgo alto en mayores de 35.
- Antecedentes familiares de preeclampsia o eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Gestantes con hipertensión crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad renal previa.
- Nivel socioeconómico bajo. Pobreza (desnutrición/anemia), asociados a falta de
- Control prenatal.
- Embarazo molar.
- Polihidramnios.

Complicaciones maternas

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Insuficiencia cardiaca y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.

- Daño hepatocelular.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Accidente vascular encefálico.
- Muerte.
- Síndrome de Hellp (Hemólisis, Enzimas elevadas, Plaquetopenia)

Complicaciones fetales

- Prematurez.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Sufrimiento fetal agudo y crónico.
- Muerte fetal in útero.
- Muerte neonatal.

PREECLAMPSIA MODERADA

Signos clínicos

Presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg, pero inferior a 160/110 mmHg; alzas de 30 o más mmHg en la presión sistólica, y de 15 o más mmHg en la presión diastólica sobre la presión basal.

Edema en miembros inferiores (++)

Aumento de peso sobre lo normal (mayor a 500 g semanal).

Manejo

- Dependiendo del caso el tratamiento puede ser ambulatorio. Es importante dar orientación a la usuaria para el reconocimiento de los signos de agravamiento de esta morbilidad.
- Explique a la usuaria y a los familiares los riesgos para ella y su hijo y la importancia de cumplir las indicaciones, especialmente de reposo.

- Dieta hiperproteica normo sódica.
- Reposo, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Control semanal de peso, presión arterial, edema y, si es posible, proteinuria.
- Si la presión arterial disminuye, se mantiene estable o si la presión arterial diastólica es menor a 100 mm. Hg, continuar el embarazo hasta el término (con controles semanales).
- Examen obstétrico para evaluar presentación, vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad de gestación mediante la medición de la altura uterina y la estimación del peso fetal. Perfil biofísico fetal por ECO.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Hemograma o hematocrito (hemoconcentración).
- Examen de orina (proteínas (+) o mas)
- Proteinuria (0,5 a 2,9 g en orina de 24 horas).

Tratamiento

- Evaluar hospitalización según evolución de la presión arterial, proteinuria y condiciones obstetricias.
- Evaluar el mantenimiento del tratamiento con hipotensores en el puerperio, según evolución de la presión arterial.

PRE ECLAMPSIA GRAVE

Signos Clínicos:

- Presión arterial igual o mayor a 160/110 mmHg. o alzas de 30 o más mmHg. para la
 Presión arterial diástólica.
- Hiperreflexia.
- Edema en miembros inferiores, abdomen, manos y cara.
- Signos de inminencia de eclampsia:
 - Cefalea (dolor de cabeza)
 - Trastornos auditivos (zumbidos).
 - Trastornos visuales (visualización de puntos brillantes o borrosos).
 - Dolor en epigastrio en barra (signos de Chaussier).

Manejo

- Esta paciente requiere hospitalización urgente por el grave riesgo de un ataque de eclampsia.
- Explique a la paciente sobre los riesgos de la madre y el feto.
- Procedimientos suaves, evitar estímulos, porque la usuaria está muy irritable y sensible (ambiente libre de ruidos).
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Control de diuresis horaria por sonda vesical.
- Control de la presión arterial, preferentemente acostada de lado izquierdo, cada hora.
- Control de latidos cardiacos fetales cada 4 horas.
- Control de actividad uterina cada 4 horas.
- Dieta hiperproteica, normo sódica a régimen cero, según tolerancia de la paciente.
- Iniciar esquema Zuspan.

Pronóstico

— Por severo que haya sido el cuadro, los signos y síntomas clínicos y de laboratorio en la paciente con preeclampsia se normalizan en los 10 primeros días post-parto. La paciente tiene una baja probabilidad de recurrencia en embarazos posteriores o de hipertensión arterial crónica en el futuro.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Examen de orina mediante tira (Proteínas (++) o más).
- Hemograma o hematocrito (hemoconcentración).
- Examen de orina: presencia de proteínas (+ o más), oliguria.
- Sólo si es posible: Proteinuria (3 g o más en orina de 24 horas). Uricemia (mayor a 4.5 mg/dl).

Manejo

- Hospitalización (sala oscurecida, aislada de ruidos), hasta la resolución del parto.
- Reposo absoluto, preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- Dieta hiperproteíca normo sódica a régimen cero, según tolerancia de la paciente.
- Controle ingesta líquida.
- Controle peso corporal diario en ropa interior.
- Cuantifique diuresis diaria. Colocar sonda Foley en cuadro grave. Diuresis horaria, si sospecha oliguria (< de 25 ml/hora).

- Control de signos vitales; tomar la presión arterial acostando a la paciente preferentemente de lado izquierdo (si es así, coloque manguito en brazo izquierdo, de preferencia) cada hora.
- Controle reflejos maternos y latidos cardíacos fetales cada 4 horas.
- Controle actividad uterina cada 4 horas.
- Amnioscopía diaria.

Durante el puerperio

- Vigilar a la paciente después del parto con el mismo cuidado y frecuencia (25% de las eclampsias ocurren durante el post-parto).
- Mantenimiento de la sedación y antihipertensivos en el puerperio.
- Al dar el alta, indicar control a la semana para pesquisar presión arterial crónica en etapas iniciales, si es el caso.

Tratamiento anticonvulsivante

- Administrar sulfato de magnesio, 4 gr i.v. lento (15 minutos) en dosis inicial.
- Si existen hiperreflexia o síntomas y signos premonitorios de convulsión, continuar con dextrosa al 5%, 1.000 cc más sulfato de magnesio (6-10 g), 1 g/hora (32 gotas por minuto) en dosis de mantención.
- Valoración horaria de reflejos osteotendinosos.
- En caso de que se constate depresión de la placa motora por sobre dosis de sulfato de magnesio (disminución acentuada de reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria de 12 por minuto o menos), administre Gluconato de calcio i.v. como antídoto (relación volumen-volumen a la misma dosis de sulfato de magnesio).
- Se debe continuar administrando el sulfato de magnesio hasta 24 h después del parto.
- Durante el uso de sulfato de magnesio es necesario mantener presencia de reflejos, diuresis mayor a 25 ml por hora y ausencia de depresión respiratoria.

Tratamiento antihipertensivo

Esquema uno:

Pauta de ataque:

- Administrar Nifedipino 10 mg sublingual.
- Si la presión diastólica se eleva o se mantiene por encima de 110 mmHg hasta después de transcurridos 30 minutos, se repite la dosis (máximo 3 dosis).
- No se debe permitir que la presión arterial baje más de 30 mmHg.

Pauta de mantenimiento

- Luego de que se ha conseguido bajar la presión arterial, administre Nifedipino 20 mg v.o. cada 12 horas (de acuerdo a respuesta) y! o añada Nifedipino 10 mg sublingual si la presión diastólica se eleva por encima de 100 mmHg.
- Administre Ringer normal 500 cc a 60 gotas por minuto, si la presión arterial diastólica cae por debajo de 20 mm Hg en los primeros 10 minutos de haberse administrado la primera dosis de nifedipino.
- Si la presión arterial diastólica es igual o menos a 90 mmHg, suspenda el fármaco ya que por debajo de este valor no actúa.

Esquema dos:

- Si se encuentra disponible: Hidralazina 5 mg iv. lento, controlando la presión arterial cada 5 minutos. Valore a los 20 minutos, volviendo a administrar el fármaco si no hubiera respuesta, aumentando la dosis a 10 mg y posteriormente a 15 mg.
- Como tratamiento de sostén se puede administrar Hidralazina 40 mg (dos ampollas) en 500 ml de dextrosa al 5%; dosis de mantenimiento de 6 a 12 mg por hora, de acuerdo a respuesta.

- Una vez establecida la vía oral:
- Hidralazina 25 a 50 mg cada 6 horas, que puede asociarse a propranolol 20 a 40 mg tres veces al día si hubiera taquicardia.

Esquema tres:

- Administre Metildopa 500 mg yo. cada 6 horas.
- Luego ajuste la dosis a la respuesta (no admitir que la presión diastólica baje más de 30 mm Hg).

Criterios para la interrupción del embarazo

- Preeclampsia moderada con feto maduro (edad gestacional > 37 semanas)
- Pre eclampsia severa con feto cuya edad gestacional es > 34 semanas.
- Evidencia de deterioro de la unidad fetoplacentaria. Si se trata de gestaciones menores a 34 semanas con pulmón fetal inmaduro, es conveniente inducir la maduración con corticoides (Betametasona o dexametasona, 12 mg /24 hr) interrumpiendo el tratamiento a la segunda dosis.
- Si los signos de inminencia de eclampsia (cefalea, trastornos visuales y/o auditivos, dolor en epigastrio) no remiten en 2 hs. interrumpir el embarazo mediante inducción o cesárea, según las condiciones obstétricas e independientes de la edad gestacional, previa estabilización de las condiciones maternas.

ECLAMPSIA

Definición:

Es la complicación final y más grave de la preeclampsia. Es la pérdida de conciencia seguida de convulsiones recurrentes generalizadas de 20 a 30 segundos de duración.

Diagnóstico diferencial

— Otras enfermedades que pueden provocar convulsiones son:

- Epilepsia
- Hemorragia cerebral.
- Malaria cerebral.
- Meningitis.

Manejo

— Nada por vía oral.

— Durante la convulsión:

- Evite que la paciente se caiga y golpee. Procure acostarla sin forzarla y acompáñela mientras dura el ataque.
- introduzca una cánula de Mayo, o un apósito o paño limpio en la boca y presione con suavidad y a la vez con firmeza la lengua para evitar que se la muerda y/o obstruya la entrada de aire.
- Administre oxígeno (7 L/min).

— Después de las convulsiones:

- Manténgala en reposo absoluto, preferentemente de lado izquierdo en un lugar oscuro, evitando ruidos y estímulos.
- Despeje vía aérea; limpie boca y garganta, coloque una cánula de Mayo y aspire secreciones.

- Administre oxígeno (7L/min.).
- Pregunte a familiares o acompañantes sobre antecedentes de fiebre, epilepsia, cuando comenzó el ataque y si ha tenido otros.
- Observe si hay rigidez de la nuca (signo de meningitis).
- Controle signos vitales. PA cada 15- 30 mm. hasta su estabilización.
- Controle Frecuencia Cardiaca Fetal FCF cada 30 mm.
- Controle actividad uterina cada 30 minutos.
- Observe si hay cianosis.
- Coloque sonda vesical. (control de diuresis horaria.)
- Una vez controladas las convulsiones y lograda la estabilización hemodinámica de la madre interrumpir el embarazo.
- Cuando sea posible hacerlo, explique a la paciente y a los familiares qué ocurrió, los riesgos y lo que es necesario hacer.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Proteinuria (3 g o más en orina de 24 h).
- Sólo si es posible:
- Cuadro hemático, ácido úrico, nitrógeno ureico, creatinina, TPP, recuento plaquetario, bilirrubinas, transaminasas, sedimento urinario, proteínas totales (relación a/g), electrolitos

Manejo

- Hospitalización.
- Presión venosa central si amerita e control de líquidos. Promover diuresis aumentando infusión de líquidos bajo control de la PVC. La diuresis horaria no debe ser menor a 30 cc.
- Controlar la FCF cada 30 minutos.
- Controlar actividad uterina cada 30 minutos.

- Valoración horaria de reflejos osteotendinosos.
- Cuantificar diuresis horaria por sondaje vesical.
- Si falla el tratamiento o hay deterioro de las condiciones maternas y fetales, interrumpa el embarazo mediante inducción o cesárea si es necesario, lo más rápidamente posible, previa estabilización de las condiciones maternas.
- Si el parto es inminente (expulsivo y en cefálica):
 - Asista procurando el menor esfuerzo de la madre (pujos). Las convulsiones pueden reaparecer.
 - Administre 10 unidades de ocitocina i.m. inmediatamente después de nacido el niño (no use metilergonovina).

En el puerperio

- Vigilancia estricta de la paciente en el post-parto.
- Mantener sedación y antihipertensivos en el puerperio.
- Según condiciones obstétricas, alta médica después de transcurridos 5 días post-parto, con plena consciencia, e indicar control a a semana en consultorio para descartar predisposición a hipertensión arterial crónica.

Tratamiento anticonvulsivante

- Canalice vena con cánula o aguja mariposa N° 19.
- Administre sulfato de magnesio 4 g i.v. lento (5-10 minutos); luego continuar con dextrosa al 5% 1.000 cc más sulfato de magnesio 6-10 g, 1 g/hora (32 gotas por minuto), para 10 horas.
- En caso de que se constate depresión de la placa motora por el sulfato de magnesio (disminución acentuada de reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria de 12 por minuto o menos), administre Gluconato de calcio iv. como antídoto (relación volumen-volumen a la dosis de sulfato de magnesio).

Tratamiento antihipertensivo

Esquema uno:

- Administre Nifedipino 10 mg sublingual.
- Si la presión diastólica se eleva o se mantiene por encima de 110 mmHg, hasta después de transcurridos 30 minutos, se repite la dosis (máximo 3 dosis).
- No se debe permitir que la presión arterial baje más de 30 mmHg.
- Luego de que se ha conseguido disminuir la presión arterial, administre Nifedipino 20 mg yo, cada 12 horas (de acuerdo a la respuesta) y/o añadir Nifedipino 10mg sublingual, si la presión diastólica se eleva por encima de 100 mmHg.
- Administre ringer normal 500 cc a 60 gotas por minuto, si la presión arterial diastólica cae por debajo de 20 mmHg en los primeros 10 minutos de haberse administrado la primera dosis de Nifedipino.

Esquema dos:

- Si se encuentra disponible: Hidralazina Sulfato 5 a 10 mg I.M. o IV. controlando la PA cada 5 minutos, (está contraindicada en pacientes con aneurisma o cardiopatía isquémica)
- Valore la PA a los 20 minutos, volviendo a administrar el fármaco si
- no hubiera respuesta, aumentando la dosis a 10 mg.
- Como tratamiento de sostén se puede administrar Hidralazina 40 mg (dos ampollas) en 500 ml de dextrosa al 5% dosis de mantenimiento de 6 a 12 mg por hora o de acuerdo a respuesta.
- Una vez restablecida la vía oral:
- Hidralazina 25 a 50 mg cada 6 u 8 horas, que puede asociarse a propranolol 20 a 40 mg tres veces al día si hubiera taquicardia.

Insumos

— Aparato de presión (mejor: tensiómetro de pie)

CAJA «A» (PREECLAMPSIA)

Dextrosa o fisiológico 1.000 cc	1 frasco
Suero Fisiológico	1 frasco
Metildopa 500 mg	28 tabletas
Equipo de venoclisis	1 unidad
Ocitocina 5 UI	2 ampollas
Sulfato de Mg. 1 gr	14 ampollas
Nifedipino 10 mg	15 cápsulas
Diazepam 10 mg	1 ampolla
Gluconato de calcio 10 %	1 ampolla
Equipo de venoclisis	1 unidad
Bránula venosa	1 unidad

CAJA «B» (ECLAMPSIA)

Dextrosa o fisiológico 1.000 cc	2 frascos
Equipo de venoclisis	1 unidad
Sulfato de Mg. 1 gr	24 ampollas
Nifedipino 10 mg	15 cápsulas
Hidralazina 20 mg	8 ampollas
Metildopa 500 mg	28 tabletas
Gluconato de calcio	1 ampolla
Bránula venosa	1 unidad
Diazepam 10 mg	2 ampollas
Sonda vesical # 14	1 unidad

CAJA «C» CESÁREA

Lidocaina HCl 2 % 10 ml	1 frasco
Paracetamol 500 mg	3 tabletas
Dipirona(metamizol) 500 mg/ml 2cc	3 ampollas
Ringer lactato 1.000 cc	1 frasco
Dextrosa 5 % 1.000 cc	1 frasco
Suero Fisiológico 1.000 cc	1 frasco
Equipo de venoclisis	1 unidad
Marcaine s/epinef. 5% 20 ml	1 frasco
Bupivacaina 0.5 % s/epinef. 20 cc	1 frasco
Bupivacaina 0.5 % pesada 4 cc	1 ampolla
Ocitocina 5 UI	2 ampollas
Ampicilina 1 gr	4 frascos
Ampicilina 1 gr	16 cápsulas
Catgut crom. #1	2 sobres
Catgut simple #1	1 sobre
Dexon #1	1 sobre
Sonda Foley #14	1 unidad
Dipirona 500 mg/ml 2cc	3 ampolla
Tiopental Sódico 1 g	1 frasco
Halotano 50 ml	1 frasco
Fentanilo citrato 0.05 mg/ml 1 cc	1 ampolla
Neostigmina 0.5 mg/ml	4 ampollas
Succinilcolina	1 ampolla
Ergometrina maleato 0.2 mg/1 ml	3 ampollas

INFECCION URINARIA

Definición

Se denomina infección urinaria al hallazgo de colonias de bacterias en la orina y su invasión a cualquier parte de las vías urinarias. Entre las bacterias productoras más frecuentes se encuentra: E. Coli (80 %). Lo son menos: Estafilococo Aureus, Proteus, Klebsiella, Ente robacter y Clamydia trachomatis.

Es una de las infecciones más frecuentes en el embarazo, pues la gestación conlleva una serie de factores que favorecen su desarrollo.

Está asociada a partos prematuros e infecciones neonatales.

Clasificación

1. Bacteriuria asintomático
2. Infección urinaria baja: uretritis, cistitis.
3. Infección urinaria alta: píelo nefritis aguda y crónica (esta última de tratamiento especializado - no se tocará en este capítulo -)

Factores de riesgo

- Antecedentes de infecciones urinarias previas.
- antecedentes de cateterización vesical (sonda Foley).
 - Antecedentes de partos prematuros.
 - Antecedentes de mortalidad peri natal.
 - Síndrome hipertensivo del embarazo.
 - Higiene perineal inadecuada.
- Anemia actual.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

- Presencia de 100.000 colonias de bacterias/ml o más, en orina recolectada (con método de micción limpia), cultivada, sin sintomatología clínica.
- La mayoría de las veces, su diagnóstico es por hallazgo casual de bacterias en el examen de orina rutinario, que se realiza en el primer control del embarazo.

INFECCIÓN URINARIA BAJA (URETRITIS-CISTITIS)

Signos clínicos

- Polaquiuria (micciones frecuentes y escasas).
- Anemia actual.
- Disuria (dolor o ardor al miccionar).
- Urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar).
- Tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo).
- En ocasiones hematuria (presencia de sangre en la orina).

Manejo preventivo

- Enseñar la técnica de aseo genital y rectal para evitar contaminación del meato urinario con gérmenes intestinales.
- Evitar cateterización vesical sin justificación (sonda Foley).
- Efectuar seguimiento de las infecciones urinarias para prevenir recidivas.

Manejo curativo

- Explique a la paciente sobre el cuadro, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.
- Reposo, según el cuadro clínico.
- Ingesta abundante de líquidos (3 a 4 L/día).

- Explique que debe acudir al recinto asistencial si los síntomas persisten después de 3 o 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Prueba de tira para nitritos
- Examen de orina con estudio del sedimento.
 - Urocultivo con recuento de colonias, antibiograma.

Tratamiento

- Mientras se tiene resultado de antibiograma, inicie tratamiento con alguno de los siguientes esquemas:

Esquema uno

- Nitrofurantoina (hasta las 28 sem.) 100 mg cada 8 hs. durante 10 días.
- Paracetamol 500 mg. v.o. cada 6 hs.

Esquema dos:

- Amoxicilina 1 gr cada 8 hs. v.o. por 10 días
- Paracetamol 500 mg. .v.o. cada 6 hs.
- Ajuste el tratamiento a los resultados del antibiograma.

Seguimiento:

- A los 7 días de haber terminado el tratamiento, realizar:

- Estudio de sedimento urinario y prueba de Nitritos
 - Urocultivo y antibiograma
 - Luego, examen de sedimento cada mes, durante el embarazo y puerperio, hasta asegurar la erradicación de los gérmenes causales.
- Si por el examen de control (nitritos, sedimento o cultivo), se establece recurrencia, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva: Nitrofurantoina 50 mg 2 ó 3 veces al día, hasta completar los 30 Días o hasta el parto, según el cuadro.

INFECCIÓN URINARIA ALTA (PIELONEFRITIS AGUDA)

Signos clínicos

- Compromiso del estado general, fiebre (38.5 a 40.5 oC), escalofríos (temblor involuntario muscular con sensación de frío).
- Náuseas y en ocasiones vómitos.
- Dolor en fosas renales, dolor al aplicar un golpe suave con el puño en la espalda, en el espacio localizado por debajo de las costillas (puño percusión de Murphy +)
- Con antecedentes o no de:
 - Polaquiuria (micciones frecuentes y escasas).
 - Disuria (dolor o ardor al miccionar).
 - Urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar).
 - Tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo).
 - Hematuria (presencia de sangre en la orina).

Manejo

- Explique a la paciente el cuadro, los riesgos durante el embarazo y la importancia de cumplir las indicaciones.

- Controle signos vitales
- Hidrate si es necesario. Ingesta de líquidos forzada (3 a 4 lts/día) o administre soluciones cristaloides (suero fisiológico, Ringer, etc.).
- Baje la fiebre con medios físicos (aplicación de paños húmedos fríos en la frente y las axilas) o utilice antipiréticos (Paracetamol 500 mg v.o.. cada 6 h).
- Evalúe presencia de parto prematuro.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Hemograma, buscando anemia, aumento de leucocitos a predominio de neutrofilos.
- Examen de orina con estudio del sedimento, buscando hemoglobina, leucocitos, cilindros y bacterias.
- Urocultivo con recuento de colonias (más de 100.000 colonias por ml).
- Creatinina sérica (elevada por falla de depuración).
- Hemocultivo.

Manejo

- Hospitalización,
 - Reposo absoluto.
 - Controle signos vitales cada 6 horas.
- Régimen completo con hidratación forzada (3 a 4 lts/día), si es necesario administre soluciones cristaloides (fisiológico, Ringer, etc.).

Tratamiento

— Baje la fiebre con medios físicos (aplicación de paños húmedos fríos en la frente y las axilas).

Esquema uno

- Cefradina 500 mg. v.o, cada 6 hrs. durante 5 días.

Esquema dos

- Amoxicilina 1 gr. Cada 8 hs. v.o.
- Gentamicina 80 mg cada 8 hs. IM
- Paracetamol 300 mg cada 8 hs. v.o.

Esquema tres

- Cefotaxima 1 gr. Cada 8 hs. IV
- Gentamicina 80 mg cada 8 hs. IM
- Paracetamol 500 mg. cada 8 hs. v.o.

— Es necesario ajustar el tratamiento al antibiograma para elegir el antibiótico mas adecuado menos toxico (para la madre y el feto).

Seguimiento

- Los síntomas generales deberan remitir al tercer dia con el tratamiento; si esto no sucede, ajustar el tratamiento al antibiograma.
- Siete dias después de haber terminado el tratamiento:
 - Examen de sedimento urinario.
 - Urocultivo y antibiograma.
- Examen de sedimento cada mes, durante el embarazo y puerperio, hasta asegurar su erradicación.

- Si se establece recurrencia por presencia de nitritos, sedimento o cultivo, repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva.

PLACENTA PREVIA

Definición

Es la implantación anormal de la placenta en el segmento inferior del útero. Puede ocluir parcial o completamente orificio cervical interno.

Durante las últimas semanas de gestación, al contraerse el segmento y dilatarse el cuello, se desgarran las vellosidades placentarias y se separan de pared uterina quedando expuestos los senos uterinos en el sitio de implantación de la placenta produciéndose la hemorragia

Clasificación

De acuerdo a su ubicación:

- Placenta previa oclusiva total o central: la placenta cubre totalmente el orificio interno cuando el cervix está totalmente dilatado.
- Placenta previa oclusiva parcial: una pequeña parte de la placenta cubre el orificio interno.
- Placenta previa de inserción baja o marginal: el borde placentario se encuentra unido muy cerca del orificio, pero no lo cubre.

Factores de riesgo

- Gran multípara.
- Antecedente de cesárea u otra cirugía uterina.
- Cesáreas iterativas.
- Abortos provocados.

- Antecedente de infecciones uterinas.
- Embarazo múltiple.
- Antecedentes de placenta previa.

Riesgos maternos y fetales

- Hemorragia.
- Choque hipovolémico.
- Muerte materna y fetal.

Signos clínicos

- Metrorragia de la segunda mitad del embarazo, sangre roja y rutilante sin causa aparente, de aparición brusca (generalmente en reposo). Tiende a desaparecer y reaparecer espontáneamente, con un primer episodio escaso y los subsecuentes más profusos.
- Es indolora. Consistencia uterina normal (no hay contracciones uterinas)
- Choque hipovolémico proporcional a la intensidad de la hemorragia.
- Anemia secundaria.
- Frecuencia cardíaca fetal variable
- Asociada a presentaciones distócicas, siendo la transversa una de las más frecuentes.
- Puede haber compromiso de unidad .feto placentaria (sufrimiento fetal, retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal).

Diagnostico diferencial

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Lesiones sangrantes de cuello y vagina.
- Anomalías placentarias
- Rotura uterina

Manejo general

- Si el diagnóstico está confirmado (clínicos, signos presentes), la paciente debe permanecer hospitalizada hasta su parto.
- Explique a la paciente lo que tiene, los riesgos y qué le va a hacer.
- Coloque a la gestante en posición de Trendelenburg modificada (elevando pies y la cabeza 20 a 30°)
- Controle signos vitales.
- Valore palidez, cianosis, frialdad y humedad en la piel.
- Intente cuantificar la pérdida de sangre colocando una toalla perineal e indique a la paciente que avise cuando sienta la salida de cualquier líquido por la vulva. Observe la toalla frecuentemente
- Evalúe la presentación y posición fetal. Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- Valorar las características de la contractilidad uterina.
 - No efectuar tacto vaginal, ni colocar enema
- Identifique donantes de sangre.
- Vigilar signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada (CID), como hemorragias en sitios de inyección, epistaxis, encías sangrantes, presencia de púrpura y petequias en la piel.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Clasificación de grupo y Rh.
- Hemograma, hemoglobina o hematocrito.

Examen complementario

- Confirme el diagnóstico por ecografía o espéculos copia bajo estrictas medidas de seguridad y solamente en ambiente quirúrgico.

Manejo

- Si el diagnóstico está confirmado, la paciente debe permanecer hospitalizada hasta su parto, independiente si la hemorragia ha cedido con el reposo.
 - Controlar diuresis.
- Si la hemorragia ha cedido con el reposo y la paciente rehúsa continuar hospitalizada, explíquese los riesgos y la importancia de regresar de inmediato al hospital si vuelve a sangrar.
- Está absolutamente contraindicado el tacto vaginal durante el embarazo. La movilización de cotiledones puede desencadenar una hemorragia incoherente y fatal.
- Durante el trabajo de parto, está permitido el tacto vaginal sólo si la presentación es cefálica y está fija o encajada, y si hay recursos disponibles para una cesárea de urgencia.
- Dé orientación a la mujer y a sus familiares, explique los riesgos y procedimientos que va a efectuar, resuelva las preguntas que planteen.

Tratamiento

- Sin hemorragia y sin trabajo de parto, y antes de 36 semanas:
 - indique reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. En ocasiones, posición de Trendelenburg, hasta la valoración de la interrupción quirúrgica.
 - Evalúe y haga corrección hemodinámica (suero, transfusión de sangre).
 - Controle signos vitales y latidos cardíacos fetales frecuentemente.
 - Estimule maduración pulmonar de acuerdo a esquema propuesto con dexametasona o betametasona. (Ver protocolo Rotura prematura de membranas.)
- Si tiene trabajo de parto y/o hemorragia en cualquier edad gestacional
 - Prepare inmediatamente para cirugía.
 - Canalice vena con bránula o mariposa N° 19 en antebrazo.

- Administre solución Ringer o fisiológico de 1.000 cc i.v. a 20 o 40 gotas por minuto.
- Controle signos vitales y latidos cardíacos fetales permanentemente

Consideraciones

- En inserción baja, con embarazo mayor a 36 semanas, y sólo si no existe hemorragia de magnitud alteración del bienestar fetal, puede intentarse parto vía vaginal, atendido en quirófano preparado para una cesárea (Paciente con anestesia peridural).
- En caso de cesárea, procurar hacer una incisión que no lesione la placenta. Incisión tipo Kerr sólo si no hay trabajo de parto, embarazo cercano de término con placenta posterior.
- En casos de placentas con inserción anterior, se manejarán en lo posible con incisiones segmento corporales o corporal.

Complicaciones

- Ante la posibilidad de coexistir con placenta ácreta, se debe tener todo dispuesto para histerectomía de urgencia.
- En atonía uterina, administrar Ocitocina por vía parenteral o infiltración miometral directa.
- En hemorragia incoercible del lecho placentario, histerectomía total.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (ABRUPTIO PLACENTAE)

Definición:

Es el desprendimiento parcial o total de la placenta, normalmente implantada en a cavidad uterina, durante la segunda mitad del embarazo (después de las 20 semanas).

Por su evolución, todo desprendimiento placentario antes de las 20 semanas debe ser tratado en el capítulo de aborto.

Factores de riesgo

- Hipertensión inducida por el embarazo (pre-eclampsia/eclampsia).
- Primiparidad.
- Antecedente de desprendimiento placentario en anteriores partos.
- Polihidramnios.
- Cordón corto.
- Trauma externo, generalmente abdominal.
- Descompresión uterina brusca.
- Desnutrición materna.
- Embarazo múltiple.

Riegos maternos fetales

- Hemorragia y choque hipovolémico.
- Sufrimiento fetal agudo y/o muerte fetal.
- Trastornos de la coagulación.
- Muerte materna.

Signos clínicos

- Dolor abdominal (uterino) súbito, severo y persistente.
- La mayoría de las veces, hemorragia genital pequeña o moderada de color rojo oscuro y coágulos.
- Hipotensión gradual y choque.
- Hipertonía uterina,
- Dificultad para auscultar latidos cardíacos fetales.
- Aumento del tamaño uterino (por la hemorragia interna)
- Gran dificultad para reconocer partes fetales.

- Tacto vaginal:
- Si las membranas están rotas, expulsión de sangre mezclada con líquido amniótico.
- Si las membranas están íntegras:
 - o Hemorragia genital menos cuantificable.

Diagnóstico diferencial

- Placenta previa.
- Rotura uterina.
- Rotura de vasa previa (vaso previo).

Manejo

- Confirmado el diagnóstico debe hospitalizarse para cesárea.
- Explique a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos y lo que se va a hacer.
- Coloque a la paciente en posición de Trendelenburg modificada (levante pies y la cabeza 20 a 30°).
- Controle signos vitales.
- Evalúe la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina si es posible.
- Evalúe signos de shock: hipotensión, taquicardia, disnea, mareo, confusión, características de la piel.

- Identifique posibles donantes de sangre.
- Vigile signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada (CID), tales como hemorragias en sitios de inyección, epistaxis, encías sangrantes, presencia de púrpura y petequias en la piel.
- Si la paciente es referida debe ir acompañada, en posición de Trendelenburg modificada, en decúbito lateral izquierdo.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Grupo y Rh.
- Prueba de coagulación y sangría.
- Retracción del coágulo en tubo.

Examen complementario

- Ecografía obstétrica

Manejo y tratamiento

- Internación inmediata
- Explique a a paciente y familiares sobre riesgos y lo que se debe hacer.
- Confirmado el diagnóstico con feto vivo, cesárea inmediata:
- Canalice vena con aguja mariposa N° 19 en antebrazo y administre solución de Ringer lactato 1.000 cc a 40 gotas por minuto y posterior solución fisiológica 1.000 cc a 40 gotas/minuto (o gota continua cuando se presenta hipotensión).
- Oxígeno húmedo a 4 litros por minuto
- Controle signos vitales permanentemente, especialmente presión arterial.
- Controle latidos cardíacos fetales
- Trasfundir sangre fresca en hipotensión severa o signos de shock.

- Coloque sonda Foley
- Vigilancia de diuresis (más de 35 cc por hora).
- Si el feto está vivo y no hay sangramiento:
 - o Amniotomía independiente de la dilatación cervical.
 - o Control de dilatación cervical y evolución del trabajo de parto.
 - o Si es multípara con cuello borrado y más de 6 cm. de dilatación: Dextrosa 500 cc al 5% más 5 unidades de Ocitocina, dosis respuesta.
 - o Si la evolución del trabajo de parto no es efectiva y se presenta sufrimiento fetal agudo: cesárea.
- Ante la presencia de hemorragia genital activa, hipotensión gradual, inminencia de shock o peligro de muerte fetal: Cesárea independientemente del tiempo de embarazo.
- Si el feto está muerto y no hay compromiso del estado general materno:
 - o Efectué amniotomía
 - o Si no hay evolución del trabajo de parto: cesárea.
- Si en el post operatorio se evidencia hipotonía o Atonia uterina, administre:
 - o Dextrosa 500 cc al 5 % mas 40 U de Ocitocina a 20 o 40 gotas/minuto.
 - o Metilergonovina 0.2 mg i.m. c/8 hs.
 - o Sangre fresca si es posible.

ROTURA UTERINA

Definición:

Es una complicación que se produce como consecuencia de un desgarro supra cervical del cuerpo uterino, previamente intacto o de una cicatriz uterina antigua.

Ocurre frecuentemente en el último trimestre del embarazo o en el parto. Es la complicación más peligrosa de este período.

Clasificación

- Completa: Cuando ocurre a través de las tres capas musculares.
- Incompleta: Cuando ocurre a través del endometrio y miometrio.

Factores de riesgo

- Cicatriz de cirugías uterinas.
- Malformaciones uterinas.
- Gran multiparidad.
- Estrechez pelviana o desproporción feto pélvica.
- Procesos infecciosos en el útero.
- Legrados repetidos.
- Embarazo múltiple.
- Trabajo de parto prolongado y abandonado (parto domiciliario)
- Presentaciones distócicas.
- Ingesta de pujantes y ergonovínicos (parto domiciliario).
- Iatrogenia medicamentosa, inducto conducciones mal manejadas.
- Traumatismos obstétricos (maniobra de Kristeller, versión interna, externa, fórceps, extracción manual de placenta).

Riesgos maternos y fetales

- Cuadro de abdomen agudo (hemorragia interna)
- Choque hipovolémico
- Muerte materna y fetal

Signos clínicos

- Inminencia de rotura
- Inquietud y ansiedad por dolor intenso e hipertonia uterina.

- Segmento uterino distendido, doloroso.
- Presencia de contracción anómala en el útero, anillo de Bandl.
- Útero deformado, en ocho o reloj de arena.
- Segmento uterino distendido, doloroso
- Usualmente hematuria.
- Al tacto vaginal, cuello edematizado, no se encuentran signos de trabajo de parto o parto.
- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Rotura uterina consumada

- Brusca desaparición de la contractilidad uterina.
- Dolor súbito, espontáneo e intenso en región abdominal.
- La mayoría de las gestantes presentan inquietud, taquicardia y angustia.
- Sufrimiento fetal agudo o desaparición brusca de la frecuencia cardiaca fetal.
- Partes fetales palpables en cavidad abdominal.
- Al tacto vaginal:
- La presentación asciende, no se toca y se torna libre, asciende a cavidad.
- Cuello edematizado.
- La revisión vaginal de cavidad uterina confirma rotura.
- Hemorragia genital variable, habitualmente intensa.
- Signos de anemia aguda, hipotensión acentuada, taquicardia imperceptible, disnea, mareos, sudoración, pérdida del conocimiento.
- Choque hipovolemico y muerte.

Diagnóstico diferencial

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Placenta previa.
- Lesiones traumáticas de cuello vagina.

Manejo

- Explique a la mujer y a sus familiares los riesgos y procedimientos que se debe realizar.
- Canalice vena y mantenga vía.
- Instale sonda Foley.
- Vigile diuresis.
- Controle signos vitales permanentemente.
- Controle latidos cardíacos fetales.
- Identifique donantes de sangre.
- Si debe referir, hágalo de inmediato. La paciente debe ir acompañada. abrigada en posición de Trendelenburg y con el tratamiento iniciado.

Tratamiento preventivo

- Durante el embarazo identifique examine pacientes con factores de riesgo. Advértale sobre el riesgo recomiende el parto institucional profesional.

HOSPITAL DE DISTRITO

Exámenes de laboratorio

- Hemograma.
- Grupo y Ah.
- Pruebas de coagulación y sangría.
- Retracción del coágulo.

Manejo y tratamiento

- Realice ecografía obstétrica y abdominal.
 - Transfundir sangre fresca en hipotensión severa o signos de shock e histerectomía.

- Cesárea inmediata (el shock no debe posponer la cirugía).
- Oxígeno húmedo 4 litros por minuto.
- En caso de mujer joven y sin hijos, evaluar posibilidad de conservar el útero según profundidad y extensión de la rotura.
- Ante grandes hematomas retroperitoneales o sangrado incohercible, ligar las arterias hipogástricas.

PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA PROGRAMÁTICA Y DE SERVICIO

Art. 1.- Inicio de Auditoria.-

Se iniciará la auditoria con la conformación e instalación del Comité de Gestión de Calidad y Auditoria o del Comité Asistencial de Auditoria, señalando: integrantes, lugar, fecha y hora.

Art. 2.- Designación de funciones.-

.Instalado el Comité de Gestión Calidad y Auditoria o el Comité Asistencial de Auditoria, se procederá a designar un coordinador y un secretario.

Art. 3.- Identificación de la Materia de Análisis.-

El Comité procederá a identificar la Materia de Análisis justificando el motivo de la auditoria.

Art. 4.. Documentos esenciales.-

Los documentos esenciales de éste tipo de auditoria son aquellos que conforman el material de análisis, incluyendo la documentación del expediente clínico, si fuese nece

Art 5. Análisis.-

Identificada la materia de análisis el Comité analizará los hechos registrados en los documentos pertinentes, utilizando de ser necesaria, la colaboración de un técnico especializado en el tema de la materia de análisis, requiriendo toda la información documental adicional necesaria, hasta llegar a una conclusión.

Art. 6. Cierre e informe final de la Auditoria interna.-

Una vez concluido el análisis se procederá a la elaboración del informe final, el cual a su vez deberá contener mínimamente una relación fundamentada de los hechos, las conclusiones y las recomendaciones correspondientes, acompañadas además de un plan de acción rápida, de cumplimiento obligatorio.

Art. 7. Remisión del informe final.-

Elaborado el informe final, se remitirá el original a la máxima autoridad ejecutiva de la Institución con copias al gestor de calidad y a la propia unidad donde se realizó la auditoria.

Art. 8. Seguimiento y control del cumplimiento de las recomendaciones y del plan de acción rápida.-

El Comité que realizó la auditoria será el encargado de hacer el seguimiento y llevar el Control del cumplimiento de las recomendaciones y del plan de acción rápida hasta su ejecución total, con responsabilidad funcionaria.

PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORIA MÉDICA INTERNA

Art. 9 Propósito.-

Evaluar la situación de salud de un paciente determinado, atendido o internado en una unidad de salud, mediante el análisis sistemático y crítico de su expediente clínico contrastando con documentación pertinente.

Art. 10. Solicitud de la auditoria.-

De ser incidental, se canaliza a través de solicitud escrita de los usuarios internos o externos de la unidad respectiva o bien por iniciativa directa del gestor de calidad o del jefe de la unidad, siendo obligación de la máxima autoridad ejecutiva, el convocar y constituir la Comisión Asistencial para la Auditoria dentro de las 24 horas de realizada la solicitud.

Art. 11. Inicio de Auditoria.-

Una vez constituido el Comité, se instalará bajo la coordinación del Gestor de la Calidad del establecimiento de salud o de la red de servicios, señalando: integrantes, lugar, fecha y hora.

Art. 12. Designación de funciones.-

Cumplidos los pasos anteriores, el Gestor de Calidad designará un secretario y como relator del caso clínico, al médico principal que estuvo a cargo de la atención del paciente.

Art. 13. Documentos esenciales.-

Son el expediente clínico y todo aquel material documental y bibliográfico que pudiese estar relacionado con el caso que se audita.

Art. 14. Relato e interpretación documental.-

Se efectuará una relación pormenorizada del caso y una interpretación ordenada de la información que se encuentre contenida en el expediente clínico, puntualizando los antecedentes más importantes y las características de los documentos. con ubicación precisa de todo aquello que llame la atención o resulte poco habitual o anómalo.

Art. 15. Requisitos del Expediente Clínico.-

Todo expediente clínico deberá cumplir los siguientes requisitos imprescindibles:

Veracidad, que consiste en la descripción veraz de todo lo referente al estado de salud paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Cientificidad, que consiste en el apego estricto a la *lex artis medicae*.

Simultaneidad, que consiste en la realización simultánea de los registros del expediente con los actos efectuados.

Totalidad, que consiste en la presencia de datos suficientes sobre el estado de salud del paciente debiendo reflejar fases y método clínico incluyendo los métodos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y aspectos administrativos, refrendados con nombre, firma y sello o identificación escrita de la persona que lo elabora.

Art. 16. Características documentales.-

Se considerarán las siguientes características en los documentos analizados:

1. Claridad, coherencia y pertinencia de las descripciones realizadas.
2. Legibilidad de la letra,
3. Presencia de añadiduras, tachaduras o correcciones;
4. Firmas sin sello de identificación o identificación escrita;
5. Informes sin firmas autorizadas,
6. Uso de formularios inadecuados,
7. Expediente o documentos incompletos,
8. Orden del expediente clínico.

Art. 17. Contenido del análisis.-

El análisis pormenorizado y cronológico del expediente clínico deberá comprender lo siguiente:

I.- En casos de expedientes de pacientes internados

1. Gráficas de temperatura,
2. Órdenes médicas,
3. Evolución,
4. Informes de laboratorio,
5. Informe quirúrgico,
6. Informe de anestesia,
7. Informe de anatomía patológica,
8. Notas de enfermería,
9. Hoja de medicamentos,
10. Historia y examen físico,
11. Epicrisis,

12. Informe de ingreso y egreso,
13. Otros.

II.- En casos de expedientes de pacientes externados

1. Informe de ingreso y egreso,
2. Epicrisis,
3. Historia y examen físico,
4. Evolución,
5. Órdenes Médicas,
6. Informes de laboratorio,
7. Informe de anestesia,
8. Informe quirúrgico,
9. Informe de anatomía patológica,
10. Gráficas de temperatura,
11. Hoja de Medicamentos,
12. Notas de enfermería,
13. Copia de la papeleta de egreso, alta o fallecimiento,
14. Copia del protocolo de autopsia, de haber requerido realizarse,
15. Consentimiento informado para los diversos procedimientos,
16. Informes de ínter consultas solicitadas,
17. Otros.

Art. 18. Análisis Pormenorizado.-

Concluida la exposición del relator, el Comité hará las consideraciones pertinentes, requiriendo de ser necesario, información adicional o la participación de otros técnicos o especialistas que pudieran contribuir al esclarecimiento de la materia de análisis hasta llegar a conclusiones mediante la elaboración de notas.

El análisis comprenderá lo siguiente;

1. Coherencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico de ingreso y el diagnóstico definitivo o las presunciones diagnósticas.
2. Coherencia entre cuadro clínico y solicitudes de exámenes de laboratorio.
3. Coherencia entre cuadro clínico y exámenes de gabinete solicitados.
4. Coherencia entre cuadro clínico y solicitudes de ínter consulta.
5. Coherencia entre diagnóstico y tratamiento.
6. Cumplimiento de normas y protocolos en vigencia.
7. Otros pertinentes a cada caso en particular.

Art. 19. Cierre e informe final.-

Una vez concluido el análisis, se procederá a la elaboración del informe final, el cual Deberá contener una relación fundamentada de los hechos, características destacables de los documentos analizados, cumplimiento o incumplimiento a normas o protocolos vigentes, finalmente conclusiones y recomendaciones correspondientes, acompañadas además de un plan de acción rápida de cumplimiento obligatorio.

Art. 20. Revisión del informe.-

Elaborado el informe final, se remitirá el original a la máxima autoridad ejecutiva de la institución, con copia al Gestor de Calidad y a la unidad donde se realizó la auditoria.

Art. 21. Seguimiento y control del cumplimiento (le las recomendaciones y del plan de acción rápida.-

Tanto el médico principal cuyo caso motivó la auditoria, como el Gestor de Calidad y el jefe de la unidad, serán los encargados de hacer el seguimiento y llevar el control del cumplimiento de las recomendaciones y del plan de acción rápida, hasta su ejecución total.