TRANSPORTE DE PACIENTE OBSTÉTRICA CON PREECLAMPSIA

Diana Milena Martínez Buitrago
Medica Ginecoobstetra
Magister en Epidemiología
PhD Administración de Negocios
2018

Temática

RIA MP

Ambulancia

THE

Seguimiento en ambulancia

Registros clínicos

Ruta Integral de Atención (RIA)

Etapa Pre-concepción

Coordinación intersectorial

Plan de Intervención Colectiva, PIC

AIEPI Comunitario

Gestión de Riesgo

Planificación Familiar

Consulta Preconcepcional

Consulta asesoría de Fertilidad

Prueba Embarazo Positiva

Asesorías

VIH

Sífilis

IVE

Gestación

IVE

Control Prenatal Atención medica/enfermería

Nutrición

Odontología Psicología Vacunación

Curso Preparación para la maternidad

EO

Parto

Ante:
Indicaciones de atención parto según el riesgo.

Durante:
Prevención de Hgia intraparto Uso de oxitocina Revisión de (4T).

Postparto:
Seguimiento SV y Sangrado postparto

Cuidados del Recién Nacido

Puerperio Pre-Alta

Lactancia Planificación Vacunación materna

Estado madre y del recién nacido Hemoclasificación Serología VIH Hipotiroidismo.

Post-Alta
Egreso seguro 24 a 48 horas post parto

Control Post Embarazo

Control de atención recién nacido

Lactancia

Planificación Post parto

MM

MME

MP

Sífilis Congénita

Hipotiroidismo congénito

VIH y Hepatitis B y C

INS - Resoluciones 256 SIC y 4505 P y P (– Gestantes – RN – C y D-)

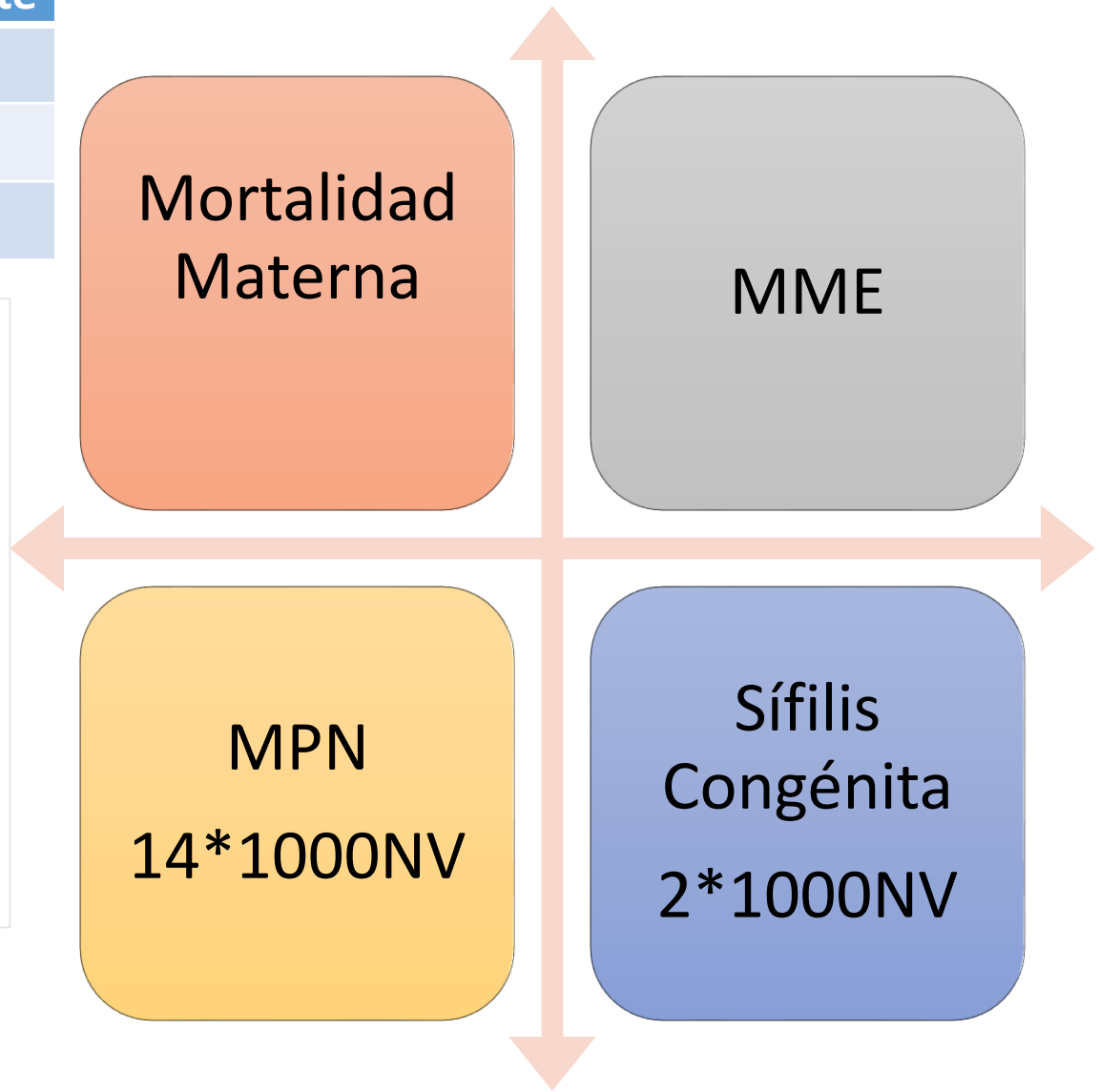
Año	Temprana	Tardía	Coincidente
2016	16	9	1
2017	11	5	4
2018	7	8	2

La razón de MM Valle: (excluyendo el Distrito de Buenaventura) fue de 18 casos por 100.000 nacidos vivos.
Buga, Caicedonia, Cali, Cartago, Palmira y Yumbo

Nivel Nacional fue 42,8 casos por 100.000 nacidos vivos

Fuente: Sivigila

SEMANA 47 DE 2018



La razón de MME
el Valle 2018
31 casos por 1 000 NV
Principal causa es THE

Según el momento de ocurrencia:

- 278 casos (50%) corresponden a muertes fetales ante parto,
- 44 casos (8 %) a muertes fetales intraparto,
- 147 casos (26 %) a muertes neonatales tempranas,
- 85 casos (15 %) a muertes neonatales tardías.

Transporte terrestre

- Enmarcado en atención pre-hospitalaria.
- Objetivo es reducir los daños potenciales de los pacientes críticos.
- El desarrollo tecnológico permite contar con recursos cada vez más avanzados para el cuidado del paciente en estado crítico.

- A diferencia de épocas anteriores, la ambulancia moderna debe ser un vehículo dotado con los elementos necesarios para proveer de manera eficiente la asistencia prehospitalaria que el paciente requiere para mantener su estado de salud hasta el acceso a un centro asistencial.

Tipo de transporte

- Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

Transporte primario: es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención prehospitalaria.

Transporte secundario: es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención prehospitalaria.

Tipo de ambulancia

Ambulancia básica

- Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria.

Ambulancia medicalizada

- Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera, auxiliar o tecnólogo en atención prehospitalaria

Ambulancia de traslado neonatal

- Tendría lo mismo de la medicalizada adicionando la cámara de Hood neonatal o incubadora portátil.

Resolución 2003 /2014
TH: Certificados el conductor y la auxiliar
Infraestructura, dotación, insumos, mantenimiento, procesos

Requerimientos técnicos

- Los requerimientos técnicos de los equipos de transporte en cuanto a la infraestructura del equipo, sus características externas, dimensiones, iluminación y otras, pueden ser consultadas en la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud.
- Las ambulancias terrestres en cualquiera de sus niveles de complejidad de atención son consideradas vehículos de emergencia y se rigen por el Código Nacional de Tránsito y los artículos que los protegen, les brindan prioridad y cuidado especial por parte de la ciudadanía.

Implicación

- El transporte de pacientes a bordo de ambulancias es un acto médico, que implica todas las condiciones legales, humanas y éticas correspondientes.

- En el caso de los transportes realizados por personal no médico, como auxiliares, tecnólogos o personal de enfermería, éstos siempre deben tener una supervisión directa a través de un sistema de comunicaciones y en este caso la responsabilidad del transporte y de los procedimientos realizados estará a cargo del médico supervisor.

Acciones mínimas

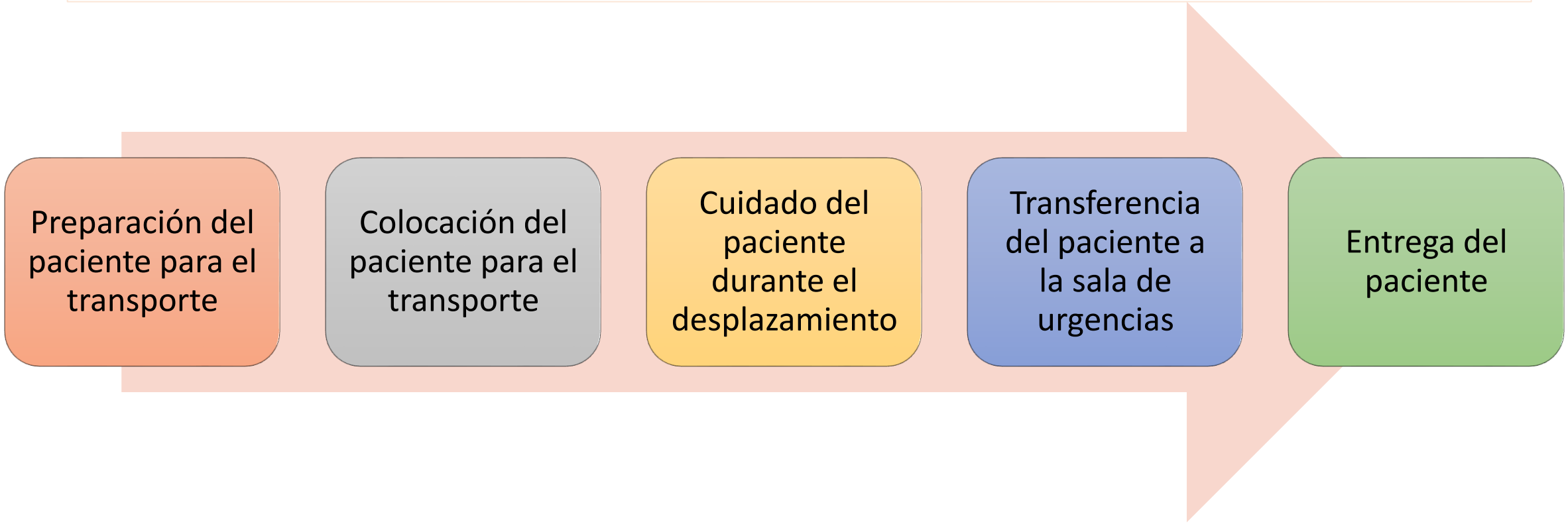
En el transporte primario: No es objeto de esta charla.

El Transporte secundario:

- El transporte de pacientes entre hospitales debe ceñirse además por las Guías para Manejo de Urgencias, toda vez que se trata de un servicio perihospitalario, el cual debe contar siempre con un recurso médico calificado.

Traslado del Paciente en la Ambulancia

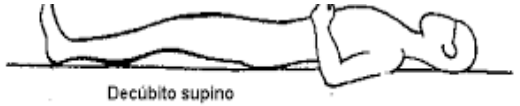
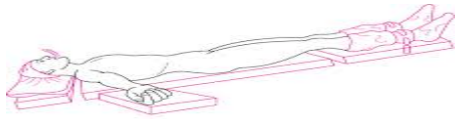
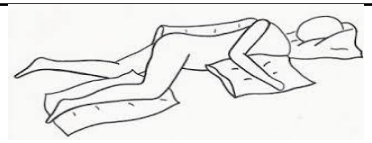
Las siguientes actividades deben ser desarrolladas una vez el paciente ha sido ingresado a la ambulancia, hasta que sea entregado al personal del servicio hospitalario que lo recibe:



Preparación del paciente para el transporte

- Controlar la vía aérea
- Asegurarlo a la camilla
- Fijar la camilla a la ambulancia
- Utilizar la posición más adecuada según el tipo de lesión
- Prepararse para eventuales complicaciones respiratorias o cardíacas
- Aflojar ropas apretadas
- Revisar inmovilizaciones y vendajes
- Prestar apoyo psicológico
- Asegurar el acompañamiento de un familiar o conocido del paciente y proteger los artículos personales.
- Cuando todo está en orden y se han seguido estos pasos, se debe dar la señal de salida al conductor de la ambulancia e iniciar las maniobras de cuidado del paciente durante el transporte.

. Colocación del paciente para el transporte:

Decúbito supino		Paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas
Decúbito supino semisentado		Paciente con dificultad respiratoria de cualquier origen.
Sentado con piernas colgadas:		Pacientes con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón.
Decúbito supino en trendelemburg		Paciente hipotenso o en estado de shock.
Decúbito supino en anti-trendelemburg (fowler):		Sospecha de hipertensión intracraneal.
Decúbito lateral izquierdo:		Embarazadas, sobre todo a partir del tercer trimestre.
Posición genupectoral:		Presencia de prolapso de cordón umbilical.
Posición lateral de seguridad:		Paciente inconsciente

Cuidado del paciente durante el desplazamiento:

- Notificar al conductor el momento en que puede iniciar el recorrido
- Continuar prestando la asistencia al paciente
- Recopilar información adicional para la historia clínica prehospitalaria
- Llevar un monitoreo de los signos vitales
- Transmitir los datos sobre evolución del paciente
- Revisar el estado de vendajes e inmovilizadores
- Controlar secreciones y sangrados
- Avisarle al conductor cualquier cambio que se presente
- Iniciar maniobras de reanimación en caso necesario y
- En especial hablar con el paciente y brindarle el apoyo psicológico durante todo el recorrido.

Transferencia del paciente a la sala de urgencias:

- Transferirlo a la camilla apropiada según la disponibilidad del servicio.
- Dejar con el paciente algunos insumos y equipos utilizados para su inmovilización y embalaje, para evitar manipulación innecesaria que pueda conducir a un deterioro de su estado de salud.

Entrega del paciente:

- Nunca se debe dejar abandonado un paciente en el servicio de urgencias sin una entrega formal del mismo.
- Esto con el fin de asegurar la transferencia de la **responsabilidad civil** que conlleva este acto.
- Solicitar siempre que sea el médico de turno quien reciba el paciente y no el personal auxiliar, entregándose le la respectiva nota de remisión o de atención prehospitalaria.
- Una vez finalizado el servicio se debe revisar toda la documentación y el reporte de cada caso.
- Se debe preparar el vehículo, la tripulación y su dotación para una nueva llamada de auxilio.

Guía de Manejo del Paciente

- En el manejo del paciente se deben seguir algunos parámetros con el fin de mantener sus funciones vitales estables; estos son:

Valoración general:

-Conocer el estado del paciente.

-La patología que presenta y el soporte asistencial que necesita con el objeto de planificar el traslado y

-Prever las necesidades de monitoreo e intervención durante el trayecto.

Control de la vía aérea y soporte ventilatorio:

-Evaluar los parámetros de ventilación;

-Si el paciente necesita intubación comprobar fijación del tubo endotraqueal y necesidad del aspirador

Soporte circulatorio:

-Llevar un control de la patología especifica.

-Revisar vías canalizadas.

-Clases de catéteres así como tipo de fluidoterapia

Control del estado neurológico y otros aspectos

-Precisar necesidad de sedación

-Control de eliminación

-Revisión de drenajes y de sonda vesical y nasogástrica, fijándolas para evitar su salida con tracciones que se le realicen al paciente.

Emergencias hipertensivas del embarazo

Definición: Embarazo >= 20 sem o en las primeras 4 semanas del puerperio con TAS > = 140 y TAD >= 90

Criterios de severidad: TAS >= 160 – TAD >= 110 mmHg

Presencia de signos **premonitorios**

Compromiso de órgano blanco materno: PLT menor de 100,000. LDH > 600 mg/dl AST y ALT mayor de 70 (HELLP) Creatinina mayor 1.2 **Oliguria 0,5 cc/kg/hora en 6 horas. Edema de pulmón, IAM**

Compromiso fetal: Restricción de crecimiento intrauterino

Manejo de la emergencia hipertensiva del embarazo

1. Realice un examen completo de la paciente.
2. Asegure 2 accesos venosos: 16 y 18
3. Coloque oxigeno nasal a 3 lts/min (saturación>95%)
4. Coloque sonda vesical a drenaje (Sonda foley 14 o 16)
5. Inicie cristaloides (Hartman) Volumen total incluyendo el Sulfato de Mg de
   1 cc /kg/ hora= 60 y 80 cc hora.
1. Sulfato de Mg así: (1 amp al 20% *10 ml=2gr)
   - Impregnación: 2 amp + 150 cc de SSN 0,9% en 10 a 15 min.
   - Mantenimiento: 4 amp + 500 cc de SSN 0,9%:
     Bomba de infusión a 67 ml/ hora
     Macrogotero: 10 gotas por minuto.
   - Control de diuresis, FR y de ROT.
   - Si hay alteración de lo anterior entonces 1 gr EV de gluconato de calcio en 10 min

Guía de Manejo del Paciente

- **Seguimiento de la paciente**
- El paciente debe ser controlado sistemáticamente con una frecuencia aproximada de **10 minutos**, registrando todas las novedades en la historia clínica prehospitalaria que incluya los siguientes parámetros:

  - Monitoreo Cardíaco
  - Tensión Arterial Y Pulso
  - Oximetría
  - Diuresis
  - Fluidos Administrados
  - Oxigenoterapia.

Manejo de Sulfato de magnesio

Para convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.

Intoxicación por sulfato de Mg: Control de diuresis, FR y de ROT.

Concentración (mg/dl)	Manifestación clínica
<3 Normal	Ninguna
4 a 7 (rango terapéutico)	Ninguna
5 a 10	Cambios electrocardiográficos
8 a 12	Perdida de reflejos patelares
10 a 12	Somnolencia, lenguaje alterado
> 15	Parálisis muscular, paro cardiaco

- Si hay alteración de lo anterior entonces 1 gr EV de gluconato de calcio en 10 min.

Tratamiento antihipertensivo

TAS >= 150 y/o TAD >= 100

- Nifedipino de 30 mg 1 tab cada 8 horas
- Nifedipino de 10 mg 1 tab cada 6 horas

TAS >= 160 y/o TAD >= 110

Meta: TAS = 140 - 150 y/o TAD = 90 - 100

- Nifedipino de 10 mg 1 tab cada 20 min * 3 dosis y luego cada 6 horas.
- Si en la primera hora no llega a la meta:
- Labetalol 100 mg /20cc:
- 20 mg (4 cc) EV cada 20 min

si no hay respuesta aumenta a

- 40 mg (8 cc) EV
- 80 mg (16 cc) EV
- Hasta dosis acumulado al día de 300 mg.

Atención Prehospitalaria: Acto Médico

Prepare la paciente para ser remitida: Registre signos vitales, ROT, conciencia, haga medidas establecidas: venas, sonda, LEV, SO4Mg

Prepare la ambulancia para ser remitida: Coloque la paciente según patología.

Lleve el KIT de THE

Hágale seguimiento cada 10 - 15 minutos: FC,TA, Diuresis, ROT.

Registre en historia clínica

Entregue la paciente al MD del sitio definido.

Copia de hoja de evolución en la ambulancia

Atención Prehospitalaria

- Traslade en Ambulancia Medicalizada. Acompañada por profesional.
- Estabilizada.

- Vigile signos vitales TA, FC, FR, ROT cada 10 a 15 min.
- Control de LA y eliminados.
- Asegure oxigeno.
- Si hace convulsiona: Vía respiratoria, Sulfato de magnesio bolo nuevamente.

Gracias