ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-PYC-FT-001	Versión:	8
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa				

Tema: Realizar orientación técnica a Clínica Palermo por evento de mortalidad materna en la implementación de la RIAS materno perinatal

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN DE CALIDAD	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Objetivo	Fecha: 13 DE DICIEMBRE DE 2023			
Realizar orientación técnica a Clínica Palermo por evento de mortalidad materna en la implementación de la RIAS materno perinatal	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Orientación (x) Capacitación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Clínica Palermo			
	Hora Inicio: _08+30 am___ Hora Fin: __11+00__			
	Notas por: Andrea Paola Villamizar – Alvinzy Velásquez - Diana Franco – Lianis Ramos – Alexandra Urrego			
	Próxima Reunión: Según priorización de IPS			
	Quien cita: Equipo de RIAS materno perinatal Dirección de provisión de servicios de salud			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

DATOS DE LA INTITUCIÓN			
NATURALEZA	PÚBLICA ( )	PRIVADA (X)	MIXTA ( )
TIPO DE ATENCIÓN	PRIMARIO ( )	COMPLEMENTARIO (X)	
POBLACIÓN OBJETO	SUBSIDIADO (x)	CONTRIBUTIVO(x)	VINCULADO ( )
PERSONAS DE LA INSTITUCIÓN QUE RECIBEN LA ASISTENCIA TÉCNICA			
NOMBRE	JORGE ANDRES RODRIGUEZ MENDOZA	CARGO	Coordinador de ginecobstetricia
NOMBRE	JULIE PATRICIA QUINTERO	CARGO	Coordinadora de enfermeria de obstetricia
NOMBRE	MÓNICA MARIA LOZANO	CARGO	Enfermera de VSP
NOMBRE	CAROLINA SIERRA	CARGO	Médico general de epidemiología
PERSONAS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD QUE REALIZAN ORIENTACIÓN TÉCNICA			
NOMBRE	Alvinzy II Velásquez Becerra	CARGO	Ginecólogo Grupo Materno Perinatal -Dpss
NOMBRE	Andrea Paola Villamizar Monroy	CARGO	Profesional especializado materno – Grupo Materno Perinatal -Dpss
NOMBRE	Diana Franco	CARGO	Profesional especializado vigilancia en salud pública - Mortalidad materna
NOMBRE	Alexandra Urrego	CARGO	Ginecóloga vigilancia en salud pública
NOMBRE	Lianis Ramos	CARGO	Profesional especializado IVYC

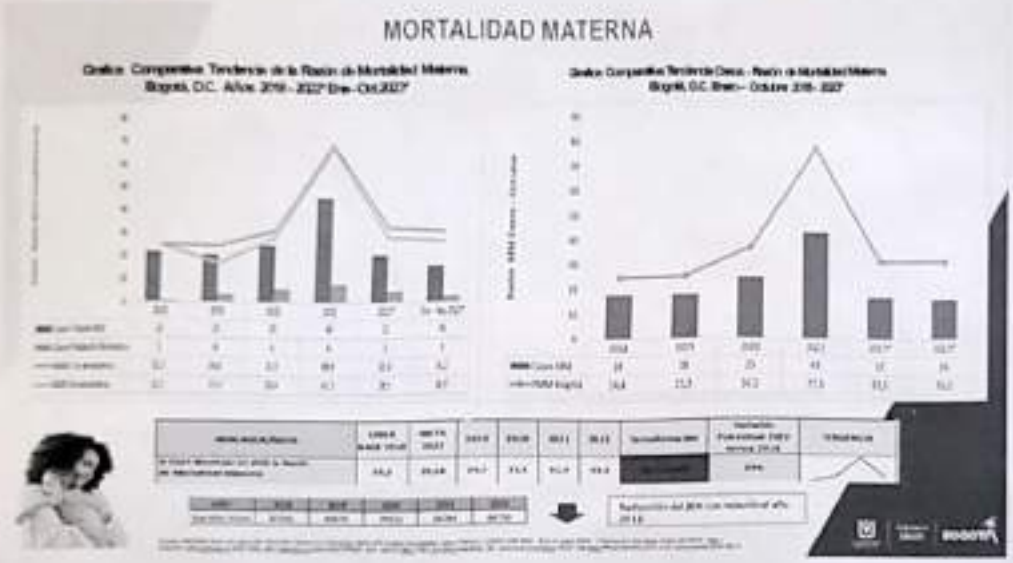
1. **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**

Powered by CamScanner

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA	SEGUIMIENTO 13122023	% DE AVANCE
Realizar apropiación conceptual de la Ley 2244 de 2022 al equipo del servicio médico de ginecología en lo relacionado a las posiciones de atención del parto.	Coordinador de ginecología y de enfermería	Diciembre 2023 y enero de 2024	Se realizará seguimiento en 2024 dado que aún está vigente la fecha del seguimiento	NA
Realizar seguimiento a la garantía del egreso posparto según la normatividad en parto vaginal al menos 24 horas y post cesárea o MME al menos 48 horas.	Coordinador de ginecología	Diciembre 2023 y enero de 2024	Se realizará seguimiento en 2024 dado que aún está vigente la fecha del seguimiento	NA

2. CONTEXTO DE LA VISITA

Se realiza apertura a orientación técnica con el equipo de atención materno perinatal de la ciudad de Bogotá en el marco del seguimiento a la implementación de las intervenciones de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal, y en las seis líneas del plan de acción de aceleración para la reducción de la mortalidad materna que inicio en el año 2022, y que se da continuidad para el año 2023.





Powered by CamScanner

A partir de la presentación del comportamiento de este evento para el periodo enero-octubre 2023, se comenta como se busca con estos espacios la articulación para abordar de manera conjunta e integral, la consecución de las acciones de permitan implementar el plan de trabajo Distrital en el marco del PARE emitido por el MSPS.

Posterior a la revisión del caso se identifica que no se contaba con criterios para notificación por MME, sin embargo se presentan algunas recomendaciones puntuales para tener presente en el momento del diligenciamiento, y que permiten la garantía de la calidad y oportunidad en la generación de los datos Distritales, se especifica como a partir de los datos y la notificación Distrital se construye el consolidado de los indicadores Distritales para MM y MME, comentando como se realiza el monitoreo, la revisión, consolidación y presentación de la información, tambien se enfatiza en como la notificación oportuna se convierte en herramienta para la activación de la respuesta de los equipos extramurales y el acompañamiento a las usuarias.

3. LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PLAN DE ACELERACIÓN PARA REDUCCIÓN DE MUERTES MATERNAS

El Plan de acción propone que se intensifiquen las intervenciones claves de eficacia comprobada para reducir la morbilidad y mortalidad materna, en seis líneas estratégicas:
1. Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar.
2. Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con perspectiva intercultural y de género.
3. Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
4. Cualificar las redes institucionales para la gestión de la atención de las gestantes con emergencias obstétricas y los recién nacidos con complicaciones.
5. Estrategias de información y comunicación para promover el cuidado y la salud materna y neonatal.
6. Fortalecer la gobernanza y hacer el seguimiento a la implementación del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna.

4. KIT DE EMERGENCIA OSBSTETRICAS

Se realiza revisión del kit de emergencia obstétrica, para lo cual se describen las siguientes observaciones:
La institución cuenta con tres salas, se evidencia mesas de mayo con kit de emergencia y carpetas "simulacros", ultimo realizado nov/2023 (preeclampsia, código rojo).
Realizan revisión con periodicidad mensual, última revisión realizada en noviembre/2023.
Medicamentos e insumos se encuentran dentro de recipiente plástico con tapa en condiciones de almacenamiento adecuadas, en el caso de medicamentos que requieren refrigeración se encuentran refrigerados, con elementos para su adecuado transporte, fechas de vencimiento vigentes, semaforizados. Se anexa tabla en el acta con observaciones.

ELEMENTO-INSUMO	CANTIDAD MINIMA	SI/NO	OBSERVACIONES
Catéter Periférico 16	3 unidades	SI	Fv 01/06/2025
Catéter Periférico 18	3 unidades	SI	5 unid. FV: 31/07/2024 adicional cuentan con 2 N14 FV. 01/2025
Equipo Microgroteo	3 unidades	SI	5 unid. Fv:14/02/2025
Equipo Macrogoteo	3 unidades	SI	3 unid. FV: 29/01/2028
Equipo de transfusión	2 unidades	NO	Reciben el hemoderivado con equio directamente de banco de sangre
Solución Hartman (Lactato de Ringer) 500 ml	5 unidades	SI	10 bolsas FV: 09/10//2024
Solución salina 500 ml	5 unidades	SI	11 bolsas FV: 12/05/2024
Sulfato de magnesio ampolla x 2 gr	10 ampollas	SI	20 amp. FV: 02/2025
Labetalol Ampolla x 100 mg	1 ampolla	SI	FV: 07/2025
Nifedipino tabletas x 10 mg	10 tabletas	NO	Cuentan con carta de desabastecimiento
Nifedipino tabletas x 30 mg	10 tabletas	SI	30 tab FV: 08/2025
Oxitocina ampolla x 10 unidades	6 ampollas	SI	20 amp FV:02/08/2025, refrigeradas.
Metilergonovina ampolla x 0,2 mg	2 ampollas	SI	4 amp FV: 12/2024
Misoprostol tabletas x 200 mcg	5 tabletas	SI	28 FV: 12//2024
Ceftriazona ampolla x 1 mg	1 ampolla	SI	Ampicilina sulbactam: 4 ampollas FV: 12//2025

Powered by CamScanner

Betametasona ampolla x 4 mg	3 ampollas	SI	6 amp. FV: 04/2024
Sonda vesical Foley – cistoflo	1 unidad	SI	N° 16 1Unid FV:12/2016 y FV:10/2026
Cánula nasal con humidificador	1 unidad	SI	FV: 02/2024, adicional Venturi 03/2025 Humid. Lt 033020
Guantes estériles	2 pares	SI	2 pares FV: 02/2026
Ácido tranexámico ampolla de 500mg	2 ampollas	SI	2 ampollas FV: 02/2025
Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemorragia posparto o Condón, seda trenzada y Sonda Nelaton N 14 con equipo de Venoclisis	1	NO	CUENTAN CON BALLON UTERINO ELLAVI FV 27/03/2025
Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	1	SI	

5. PLAN DE CONTINGECIA FIN DE AÑO

La IPS señala que cuenta con la disponibilidad d todo el personal para la temporada de fin de años, con el mismo número de profesionales en salas de partos y unidades.

- Ginecólogos: 2 por turno AM y PM
- Anestesiólogos: 1 por tuno (Lunes miércoles y viernes 2) exclusivo
- Pediatra: 1 por turno y 1 hospitalario
- Instrumentadoras qx: 1 por turno
- Enfermeras: 3 por turno / en la noche 2
- Auxiliares: 7 por turno / en la noche 2
- Trabajadora social y psicóloga: 1 de cada perfil solo turno dia de 7 am a 5 ph30 pm, fines de semana no

6. DESCRIPCIÓN DEL CASO Y LAS ATENCIONES

Paciente de 38 años
NUBIA ESTELA DUARTE BUITRAGO
CC 53130897
SANITAS EPS
Edad gestacional 38 semanas
G1C1V1 - Cesárea
ARO por hipotiroidismo
PNF Post evento inyectable trimestral

26-11-2023 asistencia por urgencias por dolor en MI y egreso 30-11-2023
Fallece 11 de diciembre de 2023

FECHA ANALISIS: 12/12/2023
NOMBRE: NUBIA ESTELLA DUARTE BUITRAGO

IDENTIFICACION: 53130897

EDAD: 38 AÑOS
ASEGURADORA: SANITAS
FECHA DE INGRESO: 10/12/2023
FECHA DE EGRESO: 11/12/2023
EDAD GESTACIONAL: 38.2 semanas
DIRECCION: Calle 4 29 27, Barrio Veraguas, Localidad Los Mártires.
TELEFONO: 3124789731
CERTIFICADO DE DEFUNCION MATERNO: No disponible, Enviada a Necropsia.
FECHA DEFUNCION: 10/12/2023
HORA: No información
CAUSALIDAD EN CERTIFICADO DE DEFUNCION MATERNA:
OTROS ESTADO PATOLOGICOS:

Powered by CamScanner

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

1. **Fecha: 26/11/2023 19:01 - Ubicación: TRIAGE**

Motivo de ingreso: paciente G1 con embarazo 38.2 semanas, paciente refiere "me duele la pierna izquierda y el dolor es impresionante, dolor de cabeza y tos", Niega sangrado vaginal, niega perdida de liquido, niega actividad uterina, con cefalea niega otros signos de vasoespasmo, Paciente refiere movimientos fetales normales, se realiza toma de fetocardia con Doppler 180 latidos por minuto audibles por madre se dan señales de alarma, y que en caso de algún cambio relevante puede volver a reconsultar, se entrega clasificación de triage y se explica tiempos de espera, refiere entender y aceptar.

Signos vitales

Presión arterial (mmHg): 111/67
Presión arterial media(mmhg): 81, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 93
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 17
Saturación de oxigeno 93%, sin oxigeno
Temperatura(°C): 35. 5
Escala del dolor: 7 - Severo
Estado de conciencia: Alerta
Peso(Kg): 70
Talla(cm): 160
Índice de masa corporal(Kg/m2): 27. 3
*Peso y talla no corresponden a la paciente se pasa a consultorio por probable taquicardia fetal

Fecha: 26/11/2023 19:13 – Valoración Medica

Se realiza valoración del paciente previo a lavado quirúrgico de mano siguiendo protocolo de OMS.

Edad: 38 años
Procedencia: Bogotá
Ocupación: Ing. industrial
Estado civil: unión libre
Grupo sanguineo: o positivo

Motivo de consulta: no puedo mover la pierna.

Paciente de 38 años, G1P0, embarazo de 38,2/7 semanas por eco de tamizaje, acude por cuadro clínico de 7 horas de evolución consistente en dolor en región de glúteo izquierdo que se irradia a todo el miembro inferior tipo punzante, con limitación funcional, adicionalmente refiere actividad uterina, niega pérdidas vaginales, movimientos fetales presentes, asintomática para vasoespasmo, niega síntomas irritativos urinarios u otra sintomatología. Niega flujo vaginal niega picos febriles.

Antecedentes

-patológicos: hipotiroidismo gestacional.
-farmacológicos: levotiroxina 65 mcg
-quirúrgicos: niega
-tóxico alérgicos: niega
-hospitalizaciones: niega
-traumáticos: niega
-transfusiones: niega
- familiares: niega
-g/o: menarquia 11 años, ciclos irregulares, fecha de ultima menstruación 03/03/2023, planificación niega, ccv: normal

*** ecografias ***
25/05/2023 11. 6 semanas tn 0. 6 mm. Miomatosis figo 2-5.
08/08/2023 cervicometria 46 mm
14/08/2023 23. 2 semanas.
18/10/2023 pvf cefálico dorso posterior, peso fetal estimado: 1967 gr p 31 33. 1 semanas, ila 12.5 cm. Perfil biofisico 8/8.

*** paraclinicos **
18/04/2023 VIH Y TPPA negativos. HBAG5 negativo.
25/04/2023 hb 13. 4 plaq 279. 000 TOXO IGG positivo, glicemia 81, TOXO IGM 0. 5 zona gris.
05/05/2023 TOXO IGM NEGATIVO, ffv vaginosis bacteriana.

Powered by CamScanner

28/08/52023 VIH neg. TPPA negativo.
04/09/2023 ptog 80-132-110, hb 11. 4 plaq 230. 000 tsh 4. 94 urocultivo negativo ffv vaginitis micotica.
10/11/2023 crv negativo.
14/11/2023 VIH Y TPPA negativos. Tsh 4. 07
10/11/2023 urocultivo: k. Aerogenes sensib intermedia a nitrofurantoina, wbc 6. 830 neu 4. 980 hb 11. 7 plaq 181. 000

Examen Físico:

- Aspecto general: cabeza: escleras anictéricas, isocoria normoreactivas, mucosa oral húmeda conjuntivas normocrómicas,
- Cuello: móvil, simétrico sin masas ni adenomegalias, no dolor a la palpación
- Tórax: normoexpansible, sin dolor a la palpación, sin signos de dificultad respiratoria
- Abdomen: globoso por útero grávido, altura uterina 32 cm, feto único vivo, longitudinal, cefálico dorso izquierdo, barrido ecográfico movimientos fetales presentes, fcf 173 lpm audible por madre.
- Genitourinario: genitales normoconfigurados, tacto vaginal con vagina normotérmica, normoelastica, cérvix posterior largo blando cerrado no sangrado no amniorrea.
- Extremidades: eutróficas, eutróficas, sin edema, llenado capilar menor a dos segundos, pulsos y sensibilidad distal conservada, miembro inferior izquierdo con dolor a la palpación en región glútea, hommans pratts negativos, no edemas, no asimetría en miembros inferiores. limitación para la movilidad lasegue izquierdo dudoso.
- Neurológico: alerta, orientada en las 3 esferas, no se evidencia signos de focalización. No se evidencia alteración motora, en el lenguaje o sensitivo.

Análisis del caso: paciente de 38 años, o positivo, con diagnósticos:
Embarazo de 38 2/7 semanas por eco de tamizaje
Dolor en miembro inferior izquierdo.
Taquicardia fetal.
Alto riesgo obstétrico
Antecedente de bacteriuria asintomática por k. Aerogenes tratada.
Hipotiroidismo gestacional.
Miomatosis uterina
Obesidad materna
Bajo riesgo psicosocial
Bajo riesgo tromboembólico
planificación post evento: pendiente. Paciente de 38 años, G1P0, embarazo de 38 2/7 semanas por eco de tamizaje, acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo que inicia en glúteo y se irradia a toda la pierna con limitación para la movilidad. Al examen físico signos vitales dentro de la normalidad, no actividad uterina palpable, examen genital sin cambios cervicales sin hipertonia, sin flujo vaginal patológico sin sangrado. FCF 173 lpm con taquicardia fetal, se realiza barrido ecográfico movimientos fetales presentes, ila cualitativamente normal, movimientos respiratorios presentes. Se revisan paraclínicos 10/11/2023 Urocultivo con k. Aerogenes tratada con fosfomicina dosis única, no Urocultivo post tratamiento.

Fecha: 26/11/2023 20:41 - Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Análisis del caso: paciente de 38 años, G1P0, embarazo de 38 2/7 semanas por eco de tamizaje, acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo que inicia en glúteo y se irradia a toda la pierna con limitación para la movilidad. Refiere mejoría de dolor en región glútea y lumbar izquierda 4/10 en la EVA. Al revalorar paciente con febrícula, no taquicárdica, no hipotensa, Qsofa 0 puntos, examen lumbar con puño percusión izquierda dudosa, dolor a la palpación de glúteo izquierdo, no signos de TVP. Monitoria fetal acog II por lo que se indicó reanimación in útero, con posterior monitoria acog I sin actividad uterina. Se decide administrar dosis única de acetaminofén como antipirético, se solicita doppler venoso de MMII por cuso súbito de dolor a pesar de no signos clínicos de TVP, solicito eco renal y de vías urinarias por alta sospecha de pielonefritis dado antecedente de Urocultivo con k. Aerogenes tratada del 10/11/2023, no Urocultivo pos tratamiento. Pendientes paraclínicos ya tomados para definir conductas adicionales.

Fecha: 26/11/2023 23:32 - Evolución médica - MEDICINA GENERAL

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Monitoria fetal (1) acog II por taquicardia fetal - (2 post reanimacion in utero) acog I sin actividad uterina.
26/11/2023 Cuadro Hematico: wbc 10. 560 neu 8.770 hb 12. 7 hto 38. 3, plaquetas 202.000 por 15
Parcial de Orina: uroanalisis nitritos negativo, no bacterias, no infeccioso, gram sin gérmenes.
26/11/2023 Doppler Venoso MMII negativo para trombosis.
Perfil biofisico: 8/8, ila 15 cm, placenta corporal anterior grado III, cefálico.
Eco renal y de vías urinarias normal.

Análisis del caso: Monitoria fetal acog II por lo que se indicó reanimación in útero, con posterior monitoria acog I sin actividad uterina.
Se decide administrar analgesia con mejoría parcial de dolor. Reporte de paraclínicos sin leucocitosis ni neutrofilia, pcr positiva, uroanalisis y gram descartan infección urinaria, eco renal sin alteración, doppler de mmii negativo para trombosis superficial o profunda. Se decide hospitalizar para inducción de trabajo de parto bishop desfavorable. Cuenta con cultivo rectovaginal negativo, se solicita tppa. Se explica a paciente conducta a seguir, refiere entender y aceptar.

Powered by CamScanner

Fecha: 27/11/2023 00:00 - Ingreso a servicio de obstetricia - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EXAMEN FISICO:

Paciente alerta, orientada, mucosas húmedas, rosadas, escleras anictéricas.
Cardiopulmonar: normoexpansible, sin signos de dificultad respiratoria.
Abdomen: globoso por útero grávido, altura uterina: 35 cm, feto único, longitudinal cefálico, dorso izquierdo, fcf: 146 lpm por doppler, sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal.
Tacto vaginal de ingreso: vagina normotérmica, normoelastica, cérvix posterior largo blando cerrado no sangrado no amniorrea.
Extremidades: eutróficas, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no perdida de sensibilidad.
Neurológico: sin déficit motor ni sensitivo, reflejos ++/++++, glasgow 15/15.

Análisis del caso: se ingresa paciente a sala de partos para iniciar inducción de trabajo de parto. Se inicia infusión de oxitocina. Se explica conducta refiere entender y aceptar.

Fecha: 27/11/2023 05:43 – VALORACION SALA DE PARTOS - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Análisis del Caso: primigestante con embarazo de 38 semanas ingresa para inducción de trabajo parto por hallazgo de taquicardia fetal inicialmente se asoció a la febricula materna de origen inespecifico con toma de monitoria fetal posterior acog I se continua monitorización electrónica fetal evidenciándose de nuevo taquicardia fetal sostenida en 170 lmp se indica reanimación con persistencia de taquicardia fetal monitoria acog II. Por lo que se decide cesárea por estado fetal no tranquilizador. Taquicardia fetal refractaria sospechosa de infección corioamniotica con bishop desfavorable, se explicó claramente a paciente abalisis de su condición y conducta. Acepta firma consentimiento informado

Fecha: 27/11/2023 06:34 - Ubicación: TRABAJO DE PARTO Descripción operatoria

Descripción operatoria: Previa asepsia y antisepsia, con elementos de protección, paciente bajo anestesia regional, se realiza incisión tipo pfannenstiel, disección por planos hasta cavidad, útero gravido, se realiza incisión segmentaria tipo kerr, liquido amniótico claro, en cantidad normal, recién nacido en presentación cefálica, aplicación de espátulas de Velasco, sexo femenino, se ordena 10 u oxitocina en 10 cc lactato ringer endovenosos lento, luego continuar lactato de ringer 500 cc más 30 u oxitocina a 125 cc/hora, peso 2875 gr, talla 49 cm, Apgar 8/10, se pinza y corta cordón umbilical de 3 vasos, se toma muestra de cordón umbilical para tamizaje neonatal y gases arteriales, alumbramiento activo con oxitocina, manual dirigido de placenta hipertérmica completa; se realiza limpieza de cavidad uterina, la cual se encuentra hipertérmica, útero tónico; histerorrafia por planos: primer plano con puntos continuos cruzados con cromado 1, segundo plano puntos invaginantes y peritonizacion con cromado 1, revisión de hemostasia. Limpieza bilateral de goteras parietocolicas, revisión de anexos y ovarios, visualizados normales, cavidad pélvica normal. Verificación de hemostasia de histerorrafia y músculos rectos abdominales. Cierre de fascia con vicryl 1 y piel con prolene 2-0.
Orina clara al inicio y final del procedimiento.
Procedimiento sin complicaciones. Sangrado aproximado 500 cc. Conteo de compresas informado completo.

Apgar al minuto 8/10
Apgar a los 5 minutos 9/10
Apgar a los 10 minutos 9/10

Profilaxis: Si Observaciones de la profilaxis: cefazolina 2 gr endovenoso dosis única.

Muestra para patología: Si, Se envía placenta.

Nota aclaratoria

Dado hallazgos intraoperatorios, hipertermia fetal, se interpreta cuadro de corioamnionitis, por lo que se inicia cubrimiento antibiótico con clindamicina y Amikacina.

Plan de manejo: traslado a recuperación
Terminar mezcla de oxitocina, luego continuar l ringer 100 cc hora endovenoso.
Dipirona 1 gr iv cada 6 horas
Diclofenaco 75 mg iv cada 12 horas
Enoxaparina 40 mg sc cada 24 horas, iniciar 8 horas postcesarea
Clindamicina 600 mg iv cada 6 horas
Amikacina 1 gr iv cada 24 horas
Continuar vigilancia sangrado genital y tono uterino
Nada vía oral en 6 horas postcesarea
Continuar lactancia materna a libre demanda
Control signos vitales, avisar cambios.

Powered by CamScanner

Fecha: 27/11/2023 08:20 - Seguimiento a puerperio - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 116/65
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 77
Pulso(Pulsa/min): 77
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxigeno: 96% Fracción inspirada de oxigeno (%): 21
Temperatura(°C): 36. 9
Escala del dolor: 3 - Leve
Estado de conciencia: Alerta.

Abdomen: blando, globuloso por útero puerperal. Tónico.
Genitales femeninos: sangrado genital escaso, no se aprecia salida de sangre o coágulos a presión manual externa uterina / tacto vaginal: no evaluado

Evolución puerpuerio: paciente en pop inmediato de cesárea por sospecha de estado fetal insatisfactorio, identificación de signos de corioamnionitis. Inicio de antibiótico terapia, en el momento paciente refiere encontrarse en aceptables condiciones, sensibilidad y movilidad adecuada de miembros inferiores, estable hemodinámicamente se autoriza trasladar a habitación.

Fecha: 28/11/2023 09:39 - Evolución médica

paciente de 38 años con diagnósticos

1. pop dia 1 de cesárea 27/11/2023 06+50
1. 1 cesárea por estado fetal no satisfactorio
2. recién nacido vivo en ucin
3. corioamnionitis
4. hipotiroidismo gestacional
5. G1P1C1V1

Refiere adecuado patrón de sueño, refiere escaso sangrado no fétido, tolerando vía oral, buen control del dolor, herida quirúrgica con leve dolor, diuresis espontánea, niega síntomas premonitorios de preeclampsia

Análisis del caso: paciente de 38 años en evolución clínica hacia la mejoría, estable, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, en cubrimiento antibiótico con clindamicina/Amikacina hoy día 1/3 por hallazgos intraparto sugestivos de corioamnionitis (hipertermia fetal), se continuo manejo medico instaurado, vigilancia clínica, se indica deambulación asistida. Se da asesoría de métodos de planificación, desea planificar con inyección trimestral se explica condición clínica y conducta a la paciente, refiere entender y aceptar. plan de manejo: antibiótico terapia día 1/3.

Fecha: 29/11/2023 11:04 Evolución médica - PSICOLOGIA

Análisis: paciente femenina de 38 años con historia clínica descrita, a quien se aplica escala de depresión postnatal puntuando 1/30 riesgo bajo, donde no se identifican emociones en relación a la tristeza, llanto o ansiedad, así mismo durante el abordaje niega eventos adversos que generen afectación en momento actual.
durante el abordaje, se identifica que recién nacido se encuentra en uci neonatal, por lo cual se brinda apoyo en la progenitora y se psicoeduca en rol activo durante estancia hospitalaria, el seguimiento y adherencia a las indicaciones médicas que brinden en la unidad, así mismo se brindan estrategias de afrontamiento para manejo asertivo. se evidencian redes de apoyo favorables, no se identifican riesgos significativos para recién nacido o progenitora.

tras abordaje progenitora se encuentra regulada emocionalmente.

plan de manejo: se identifica riesgo bajo e depresión postnatal, sin embargo, se brindan recomendaciones en relación a la salud mental y acciones de autocuidado

Fecha: 29/11/2023 12:02 - Evolución médica

Análisis del caso: paciente de 38 años en evolución clínica hacia la mejoría, estable, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, en cubrimiento antibiótico con clindamicina/Amikacina hoy día 2/3, se continuo manejo medico instaurado, vigilancia clínica, se indica deambulación asistida. Se explica condición clínica y conducta a la paciente, refiere entender y aceptar

Plan de manejo: antibiótico terapia día 2/3
Analgesia
Deambulación asistida.

Fecha: 30/11/2023 10:05 - Egreso clinico

Powered by CamScanner

Resumen de la atención: paciente de 38 años en evolución clínica favorable en pop de cesárea curso normal, hemodinámicamente estable, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, tolerando vía oral, útero tónico, loquios escasos, no fétidos, deambulando por lo cual se da salida, se dan recomendaciones generales, medicamentos, cita de control de postparto. Se dan signos claros de alarma de cuándo reconsultar, se explica condición clínica y conducta a la paciente, refiere entender y aceptar.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA COMO:
Asistir por urgencias si presenta: sangrado vaginal abundante o de mal olor, senos rojos duros o calientes, alteración en puntos de sutura, salida de pus o material de mal olor en la herida, dolor abdominal, malestar general, fiebre o escalofríos, dolor de cabeza, ardor en la boca del estómago, visión borrosa, mareos, cifras tensionales igual o mayor a 140/90 mmHg, vómito o diarrea, flujo de mal olor o purulento, dolor o ardor al orinar, orina fétida de mal olor o con pus., dificultad para respirar.

Otras Recomendaciones: 5 comidas al día en porciones pequeñas, abundante consumo de líquidos, su alimentación es normal, no tiene ninguna limitación especial deambulación constante, solo acostada para dormir, realice su baño diario y lave con abundante agua y jabón la zona genital, debe solicitar cita de control de planificación familiar en eps, debe asistir a cita de control de postparto en la clínica de 3-5 días.

2. **Fecha: 04/12/2023 13:47 - Ubicación: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL**

Enfermedad actual: paciente en postparto 27-11-23 cesárea refiere sentirse bien, adecuado control analgésico niega mastalgia niega mal olor de los loquios niega síntomas urinarios lactancia adecuada. Niega cefalea en casco, niega fosfenos niega tinnitus y niega epigastralgia.

Complicaciones del embarazo: hipotiroidmos gestacional
Complicaciones del parto: niega
Planificación inyectable trimestral
Tromboprofilaxis adecuada adherencia al tratamiento

EXAMEN FISICO

Oral: mucosa oral semireca
Cuello: sin masas
Tórax: senos secretantes sin lesiones
Abdomen: blando depresible útero tónico infraumbilical herida en buen estado no se retira sutura de la piel
Genitourinario: loquios serohematicos no fetidos
Extremidades: sin edemas
Neurológico: sin déficit

Paciente en puerperio adecuada evolución lactancia adecuada, sin procesos infecciosos, examen físico dentro de límites normales, se dan recomendaciones sobre lactancia posturas posiciones identificación de
Signos de mastitis y manejo de la congestión mamaria, cuidado de los Senos, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con complementaria hasta mínimo dos años. Se dan recomendaciones para hidratación con abundantes líquidos orales, Caminata 30 minutos al día, evitar ejercicios abdominales hasta 6 meses Después del parto, manejo de los entuertos con calor local y analgesia Si son muy fuertes, cuidados de la herida, se dan recomendaciones para Reconocer síntomas de la depresión postparto y alertar a los familiares Para reconocerlos y llevar a la madre a consulta. (perdida del Autocuidado, desinterés por el recién nacido rechazo al recién nacido, Ideación con hacer daño al recién nacido).

Signos de alarma: deterioro, sangrado vaginal de mal olor Enrojecimiento de los senos, fiebre, ardor para orinar. Dolor de cabeza intenso persistente, luces en los ojos, pitos o zumbido en los oídos, Pedir cita para citología dentro de 3 meses en la eps.

Plan de manejo: se solicita tsh para ser tomada 6 semanas después del parto por tener diagnóstico de hipotiroidismo gestacional, se da indicación de suspender el tratamiento con levotiroxina, solicitar cita con medicina general de su eps para lectura del reporte y manejo correspondiente.

3. **Fecha: 10/12/2023 10:24 - Ubicación: TRIAGE GINECO.OBSTETRICIA**

Motivo de ingreso: Paciente remitida de puente Aranda. Pop cesárea 27/11/2023 institucional, Refiere dolor en miembros inferiores, refiere sangrado vaginal leve, remiten por sospecha de TEP, paciente hipotensa y taquicárdica al ingreso, requirió manejo con bolo de lactato.

SIGNOS VITALES
Presión arterial (mmHg): 103/78
Presión arterial media(mmhg): 86. Lugar toma PA: Miembro Superior Izquierdo
Frecuencia cardiaca (Lat/min): 130
Frecuencia respiratoria (Resp/min): 40
Saturación de oxigeno 96%, con oxigeno Fracción inspirada de oxigeno (%): 21
Temperatura(°C): 36
Escala del dolor: 6 - Moderado
Estado de conciencia: Alerta
Peso (Kg): 60

Powered by CamScanner



Talla(cm): 160
Índice de masa corporal (Kg/m2): 23. 4

Fecha: 10/12/2023 10:34 - Consulta de urgencias - MEDICINA GENERAL

Clasificación del triage: 1 - TRIAGE ROJO

MOTIVO DE LA CONSULTA: "TRASLADO PRIMARIO: MARY AMAYA MEDICO RM 1010199126 : ALTO RIESGO DE TEP"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 38 años de edad, en puerperio de cesárea del 27/11/2023 institucional, quien ingresa el dia de hoy traida en traslado primario remitida de puente Aranda donde consulto por cuadro de 3 dias de evolución por dolor de miembros inferiores asociado a sensación de dificultad respiratoria, niega sintomas de bajo gasto, niega síntomas adicionales, refiere dolor abdominal leve, niega sangrado niega sintomatologia adicional. Paciente conocida por el servicio que fue llevada a cesárea por estado fetal no tranquilizador quien intraoperatoriamente presenta hallazgos de infección intraamniotica por cavidad uterina hipertérmica, se indicó manejo antibiótico por 72 horas y egreso con tromboprofilaxis. Ingresa remitida con sospecha de TEP con Wells de 9 puntos.

ANTECEDENTES

Patológicos: niega
Quirúrgicos: resárea
Farmacológicos: niega
Alérgicos: niega
Hospitalarios: cesárea
Transfusionales: niega
Familiares: niega
Ginecoobstetricos: Menarquia 12 años fur 03/03/2023 - planificación: inyectable trimestral, G1C1

EXAMEN FÍSICO

Paciente en regular estado general, alerta, orientada, afebril, hidratada
Cabeza y cuello: mucosa oral húmeda, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas
Tórax: simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios aparentemente normales. Ruidos cardiacos sin alteraciones
Abdomen: globoso levemente doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal
Genitales: se difiere tacto vaginal
Extremidades: simétricas, sin edemas, adecuado llenado capilar distal.
Neurológico: sin déficit motor o sensitivo aparente, Glasgow 15/15 pts, rot +++/++++
Piel: sin lesiones

Presión arterial (mmHg): 90/50, Presión arterial media(mmhg): 63
Frecuencia cardiaca (Lat/min): 134
Frecuencia respiratoria (Resp/min): 18
Saturación de oxigeno 91%, con oxigeno por - Cánula nasal Fracción inspirada de oxigeno (%): 24

Análisis del caso: Paciente de 38 años de edad, en el momento se encuentra paciente en regular estado general, signos vitales alterados, con taquicardia, taquipnea, hipotensa, hidratada y afebril al examen fisico con hallazgos descritos, por lo anterior se comenta paciente con ginecólogos de turno quienes indican en el momento cursando con sospecha de tromboembolismo pulmonar vs sepsis de origen obstétrico por antecedente de infección intraamniotcia. Se indica hospitalizar no administrar liquidos endovenosos (recibio 3000 en el lugar de remision), se solicita de manera prioritara angiotac, se solicita doppler de miembros inferiores, radiografia de torax, se solicita perfil de sepsis, paraclinicos, ecografia transvaginal, se indica paso de sonda vesical con cuantificación estricta de liquidos eliminados y administrados, se indica nada via oral, tromboprofilxis a dosis plena, se indica control estricto de signos vitales, priorizar paraclinicos, se comenta paciente en uci por escala obstétrica de alerta de 8 puntos con riesgo alto. Se habla con la paciente, se explica cuadro entiende y acepta.

se calcula QSOFA 1 punto

Fecha: 10/12/2023 14:26 - Evolución médica - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

paciente de 38 años con dx de:

pop cesárea del 27/11/2023 institucional
tromboembolismo pulmonar vs sepsis con foco a esclarecer.

Powered by CamScanner

G1C1V1

alto riesgo obstétrico
alto riesgo tromboembólico

refiere persistencia de sensación de ahogo, dolor torácico generalizado, niega dolor abdominal, escaso sangrado, no otros.

Análisis: Paciente con 38 años con diagnosticos anotados, en el momento en regular estado general, con persistencia de taquicardia y taquipnea. Saturaciones limitrofes con ventury al 24%. Persiste con dolor torácico y sensación de ahogo, gases arteriales, con lactato de 2.4, presenta hiperbilirrubinemia a expensas de la directa. Y creatinina elevada. Sofa de 3 puntos.
Se considera paciente por sintomatologia clinica y factores de riesgo alta posibilidad de TEP, pero además se evidencia paraclinicos con disfunción renal, hepática y hematológica, por lo que se debe descartar proceso infeccioso.
Se decide iniciar cubrimiento antibiótico de amplio espectro con piperacilina tazobactam previa toma de hemocultivos y urocultivo.

Fecha: 10/12/2023 15:58

REPORTE DE RX DE TORAX: Abundantes infiltrados reticulo nodulares en distribución difusa. No hay evidencia de consolidación ni derrames pleurales.

Doppler de MSIS negativo para tvp.
Pendiente reporte de Angiotac.
Se decide solicitar panel viral y antigeno COVID

Fecha: 10/12/2023 16:09

REPORTE DE ANGIOTAC: Tronco principal de la arteria pulmonar de 28 mms (normal). Defecto de opacificación excéntrico que compromete las arterias para el segmento basal anterior y basal medial del lóbulo inferior derecho y arteria para el segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo compatibles con embolia pulmonar aguda.
-Hallazgos compatibles con TEP.
-Múltiples opacidades nodulares parcialmente definidas dispersas en el parénquima de ambos campos PULMONARES

Fecha: 10/12/2023 17:18 - Ubicación: UNIDAD CUIDADO CRITICO ADULTO Procedimientos no quirúrgicos

Descripción del procedimiento: previa autorización de la paciente y firma de consentimiento y bajo la siguiente secuencia avanzo catéter venoso central YID, consentimiento, asepsia y antisepsia
ecodopler de vasos de cuello derecho sin trombos y flujos adecuados, infiltración con 100 mgs de lidocaina se punción eco guiada fuera de plano, única, avanzo guia dilatacion avance de catéter bilumen a 16 cms, sifon positivo, inicio lev, se solicita rx de tórax previo al inicio de medicamentos, no complicaciones

Fecha: 10/12/2023 20:27 - INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANÁLISIS: nubia es una paciente de 38 años, en puerperio mediato de cesarea del 27/11/2023, con corioamnionitis asociada que requirió manejo antibiótico dirigido, quién ingresa a unidad de cuidado intensivo para soporte con oxigeno por alto flujo al cursar con insuficiencia respiratoria aguda hipóxica secundaria a tromboembolismo pulmonar agudo de arteria segmentaria basal anterior y basal media del lóbulo inferior derecho, y arteria para el segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo. al ingreso a la unidad se encuentra con estabilidad hemodinámica, taquicardia, sin hipotensión, clínicamente no muestra signos de falla derecha, ni hipoperfusión. tiene polipnea y disnea, recibe oxigeno por venturi al 50%, se decide paso a cánula nasal de alto flujo optimizando aporte de oxigeno y flujo. se solicita control gasométrico. llama la atención pcr francamente positiva, con leucopenia y neutropenia, en paciente con reciente estancia hospitalaria, ya se solicitaron hemocultivos, no se descarta posible proceso infeccioso activo, de igual manera imágenes de tórax no descartan embolismos sépticos, por lo que se esperan hemocultivos y se continúa ureidopenicilina. se indica opioide como alternativa para disminuir disnea, y se hará control paraclínico. tiene alto riesgo de falla ventilatoria con requerimiento de soporte ventilatorio. se esperarán reporte de gasometria arteriovenosa y laboratorios de ingreso para definir manejo adicional. se explica a paciente, quien entiende y acepta.

DIAGNÓSTICO:
1. Insuficiencia respiratoria aguda hipóxica
1. 1. Tromboembolismo pulmonar segmentario basal anterior y medio (lóbulo inferior derecho) y apicoposterior (lóbulo superior izquierdo)
2. Sospecha proceso séptico - embolismos sépticos - a establecer
3. Puerperio mediato 27/11/2023
3. 1. Postoperatorio cesarea por estado fetal insatisfactorio
3. 2. G1c1v1
3. 3. Hospitalización por corioamnionitis

Powered by CamScanner

11/12/2023 01:43 NOTA RETROSPECTIVA EVOLUCIÓN MÉDICA

+++UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (NOTA RETROSPECTIVA)15/12/2023

Nubia es una paciente de 38 años, en puerperio mediato de cesárea del 27/11/2023, con corioamnionitis asociada que requirió manejo antibiótico dirigido, requiriendo ingreso a uci para monitoreo continuo, y soporte ventilatorio con dispositivo de alto flujo (cánula nasal de alto flujo) al cursar con insuficiencia respiratoria aguda hipóxica secundaria a tromboembolismo pulmonar multisegmentario. Desde el ingreso se inició oxigenoterapia a alto flujo, sin embargo, con muy mala evolución clínica. Se recibiera paciente en habitación, con franco estado de hipoperfusión, con patrón mixto(s), deterioro en patrón ventilatorio con polipnea, uso como disnea y uso de musculatura accesoria a pesar de encontrarse con oximetría aceptables. Se revisa gasometría arteriovenosa con equilibrio ácido base, pero evidencia del importante estado de hipoperfusión (tipo 1), dado por tasa de extracción aumentada, con presión venosa de oxígeno muy disminuida y diferencia arteriovenosa de oxígeno muy elevada. En este orden de ideas se considera paciente con estado de hipoperfusión secundario a choque obstructivo por tromboembolismo pulmonar. Se decide realizar barrido ecocardiográfico en ventana subcostales con evidencia de gran dilatación de cavidades derechas, considerándose disfunción ventricular derecha por tromboembolismo pulmonar, con compromiso de ventrículo izquierdo por interdependencia ventricular. Posterior a esto, y con el fin de optimizar variables de perfusión, disminuir consumo de oxígeno y garantizar un mejor aporte del mismo, se decide llevar a protocolo de intubación orotraqueal. Se explica al paciente, quien autoriza procedimiento, se preoxigenar logrando oximetrías 100%, se administran 100 mcgs de fentanil, seguidos de 3 mg de midazolam y 50 mg de rocuronio, se realiza laringoscopia con hoja curva#3, se observan cuerdas vocales por Almde se avanza tubo orotraqueal #7. 5, se fija a 22 cms de comisura labial y se verifican campos pulmonares con adecuada expansión y ventilación. Posterior a esto se torna ligeramente hipotensiva (90/40 (58) mmhg), con taquicardia (sinusal (160 lpm), posterior a esto se recupera cifras tensionales sin dosis de vasoactivo, sin embargo se evidencia taquicardia supraventricular decidiendo administrar 2. 5 mg de metoprolol logrando controlar frecuencia cardiaca. Sin embargo posterior a esto, y súbitamente, se evidencia ritmo de fibrilación ventricular con ausencia de pulso. Siendo las 22+45, se inician maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar. Se realiza primera desfibrilación 360 julios, seguido de compresiones torácicas efectivas con indicación de administrar 1 mg de adrenalina cada 3 minutos. Cada 2 minutos se verifica pulso con ausencia del mismo. Durante los primeros 10 minutos, persiste en ritmo de fibrilación ventricular recibiendo desfibrilaciones con misma técnica, con 360 julios. Se indica 300 mg de amiodarona luego de la segunda desfibrilación, así como dosis de sulfato de magnesio. Luego del minuto 10 de reanimación, el ritmo de paro cambia hacia actividad eléctrica sin pulso, por lo que se decide no realizar más desfibrilaciones. Dado estado crítico de paciente con posible parada por disfunción biventricular, en el contexto de tromboembolismo pulmonar confirmado, y teniendo en cuenta riesgo/beneficio, se decide administrar 35 mg de tenecteplasa como medida trombolítica durante parada cardiorrespiratoria. Se continua estrategia de reanimación previamente dicha durante 1 hora sin lograr recuperación de circulación espontánea. Finalmente, siendo las 23:45 (60 min) se decide suspender maniobras de reanimación cardiopulmonar decidiendo hora de muerte. Dado estado puerperal de paciente, con alta sospecha de etiología embólica, se solicita remisión para necropsia clínica. Por el momento se traslada cuerpo a sala de pos, mientras se autoriza y se realiza traslado de paciente. Se da informe clínico claro y conciso a familiares quienes entienden y aceptan.

OBSERVACIONES

Revisar el control de nivel primario para solicitud y seguimiento con urocultivo al igual que la asesoría de anticoncepción en el nivel primario.

Prescripción de anticoagulante: se realizó educación en la IPS, sin embargo, se debe garantizar que el familiar presente las ampollas de anticoagulante antes del egreso.

Se cuenta con planilla de registro de educación de paciente en recomendaciones y en el uso de anticoagulante, se presenta un folleto de actividad física, dieta, higiene, lactancia materna, se indaga si dentro del proceso, protocolo o documento de enfermería se encuentra documentado la educación en el uso de anticoagulación, aplicación, tiempo, entre otros.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar apropiación conceptual de la Ley 2244 de 2022 al equipo del servicio médico de ginecología en lo relacionado a las posiciones de atención del parto.	Coordinador de ginecología y de enfermería	Diciembre 2023 y enero de 2024
Realizar seguimiento a la garantía del egreso posparto según la normatividad en parto vaginal al menos 24 horas y post cesárea o MME al menos 48 horas	Coordinador de ginecología	Diciembre 2023 y enero de 2024
Ajustar el certificado de defunción antes de los 30 días de fallecimiento. Se informo en la visita a red norte para hacer el seguimiento por parte de D. Franco de SDS	Hospital San José Infantil	Diciembre 31 de 2023

Powered by CamScanner

Cargar el caso de MM e historia clínica al SVEMMWEB	Epidemiologia de Clinica Palermo	13 de diciembre de 2023
Establecer y formular un plan de alta integral en el documento o formato establecido por la IPS en donde se aborden el aspecto educativo de la administración de medicamentos post egreso, y la verificación de la dispensación del medicamento como el anticoagulante, antihipertensivo para los casos de atención materno perinatal. Especial énfasis en fines de semana	Coordinador de ginecologia y enfermera coordinadora de ginecologia	Enero de 2024
Realizar el instrumento e adherencia a guias de atención de parto y adaptación neonatal al caso de MM	Lider de coordinador de ginecologia, enfermeria y pediatria	Diciembre 31 de 2023
Participar en la unidad de análisis de MM convocada por la Secretaria Distrital de Salud	IPS Palermo	Enero 16 de 2024

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	JORGE ANDRES RODRIGUEZ MENDOZA	jorge.rodriguez@clinicapalermo.co	5727777	Clinica Palermo	
2	MÓNICA MARIA LOZANO	epidemiologia@clinicapalermo.com.co	5727777	Clinica Palermo	
3	CAROLINA SIERRA	epidemiologiaclinicapalermo.com.co	5727777	Clinica Palermo	
4	Alvinzy Velásquez Becerra	Alvelazquez@saludapital.gov.co	Ext 9869	DPSS- RIAS MP-SDS	
5	Andrea Paola Villamizar	Ap1villamizar@saludcapital.gov.co	Ext 9869	DPSS-RIAS MP - SDS	
6	Diana Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	Ext. 4096	VSP- RIA SMP- SDS	
7	Alexandra Urrego	a1urrego@saludcapital.gov.co	Ext. 4096	VSP- RIA SMP- SDS	
8	Lianis Ramos	laramos@saludcapital.gov.co	Ext.	IVYC- Calidad- SDS	
9	Julie Quintero	Julie.quintero@clinicapalermo.com.co		Clinica Palermo	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)

Powered by CamScanner

Si (X) No ( )	Se realiza entrega del acta y lectura de los compromisos entre la IPS y la secretaria Distrital de Salud, quienes aceptan y firman el acta. Se hace entrega de una copia en fisico firmada para la entidad.

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

Powered by CamScanner