

INFORME DE GESTION DEL RIESGO INDIVIDUAL DE OCTUBRE – 2024

1. Unidad de Análisis – Mortalidad TB/Coinfección VIH – MSRP

Nombre: Miller Segundo Rodríguez Porras

Cedula: 94072304

Edad: 43

Eps: Emssanar – Subsidiado

Subred Centro Oriente

Dx. Sarcoma de Kaposi diseminad, insuficiencia respiratoria aguda, tuberculosis y VIH

Fecha de Mortalidad: 19/09/2024

Fecha de notificación: 19/09/2024

Resumen de la unidad y análisis final del caso: Paciente habitante de calle, con diagnóstico de esquizofrenia y fármaco dependiente por consumo de SPA, quien en 2018 fue diagnosticado de Sífilis recibiendo tratamiento incompleto. Describen que en 2023 fue diagnosticado de infección por VIH a partir de pérdida de peso, diarrea, síntomas respiratorios y adenomegalias inguinales. Al mismo tiempo sospecharon y confirmaron tuberculosis con sensibilidad indeterminada a fármacos. Cultivo negativo, Iniciaron antituberculoso, pero pidió salida voluntaria y luego reingreso dos veces sin haber recibido tratamiento, con mala adherencia y de nuevo solicitando salidas voluntarias. Atención final se confirma además de lo descrito sarcoma de Kaposi visceral y enfermedad diseminada por citomegalo virus. Finalmente falleció por tuberculosis secundaria a VIH. Usuario quien además tuvo seguimiento desde el programa distrital de TB para apoyar y fortalecer la adherencia al tratamiento.

Hallazgos: se identificó baja percepción de riesgo en salud para acudir a los servicios de salud, habitante de calle y consumidor de basuco y pepas.

Plan de Mejora: Incumplimiento en las acciones de demanda inducida por parte de EAPB

2. Unidad de Análisis – Mortalidad TB/Coinfección VIH

Nombre: Luz Adriana González Moreno

Cedula: 1023917813

Edad: 36

Eps: Capital Salud

Subred Centro Oriente

Dx. Choque Séptico de origen pulmonar, desnutrición proteico-calórica severa, falla ventilatoria, VIH y tuberculosis.

Fecha de Mortalidad 19/09/2024

Fecha de notificación: 18/09/2024

Resumen de la unidad y análisis final del caso: paciente habitante de calle y con farmacodependencia, con antiguo diagnóstico de VIH desde 2010 durante estudio por embarazo, quien estuvo con antirretrovirales que suspendió en 2022. El seguimiento de manera antigua estuvo a cargo de asistencia científica, lograron indetectabilidad la mayor parte del tiempo de seguimiento, pero luego en los últimos 2 años por problemas de adherencia se perdió el control. Ingresó al Hospital Santa Clara en 2022 con síntomas respiratorios sospechan neumonía, tratamiento sintomático. Pero hacen TAC de tórax con árbol en gemación y consolidación, diagnóstico de tuberculosis confirmado por Gene X pert detectado M. tuberculosis de esputo. Iniciaron tratamiento antituberculoso, se presentó elevación de transaminasas por lo cual debieron suspender tratamiento y hacer reintroducción. Continuó manejo ambulatorio. Describen que completó 303 dosis de tratamiento antituberculoso y se cerró como exitoso terminado. En el 2024 de nuevo ingresó por síntomas respiratorios, sospecha de neumonía por P. jirovecii tratamiento empírico, pero luego presentó prueba molecular de TB detectable por lo cual iniciaron tratamiento HRZE pero falleció en insuficiencia respiratoria luego de solo 2 dosis de tratamiento.

Hallazgos: Se identificó baja percepción de riesgo en salud para acudir a los servicios de salud, sin adherencia al tratamiento y consumo de sustancias psicoactivas.

Compromisos para la vigilancia en Salud Publica: Fueron Cumplidos

3. Unidad de Análisis – Mortalidad TB/Coinfección VIH

Nombre: Adair Antonio Tovio Flórez

Cedula: 1127592042

Edad: 33

Eps: Famisar – Contributivo – Ips primaria: Cafam

Subred Suroccidente

Dx: VIH y tuberculosis.

Fecha de Mortalidad: 20/09/2024

Fecha de notificación: 17/09/2024

Resumen de la unidad y análisis final del caso: Paciente de 32 años con antecedente registrado de Síndrome de Colon Irritable, quien desde 2017 inició atenciones por síntomas gastrointestinales, respiratorios, odinofagia recurrente, diagnóstico de “amigdalitis”, recibía manejo sintomático incluso sospecharon intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal. En 2019 describen de manera no clara en historia clínica riesgo de ITS, pero no antes. Solicitan Ac de VIH, pero el paciente no se lo realiza. A pesar de hallazgo de candidiasis al parecer faríngea no siguieron indagando sobre hallazgos previos y factores de riesgo. No aparece peso ni duración de diarrea no indagan nuevamente sobre sospecha de VIH. Persistió en múltiples consultas ambulatorias en Cafam IPS sin diagnóstico claro y sin claro plan de manejo, tampoco se observa remisiones a mayor nivel de complejidad a pesar de signos como diarrea recurrente, anemia severa y múltiples consultas por síntomas repetitivos. En septiembre de 2024 de nuevo ingresó a atención de urgencias, describen placas orales pero el examen físico no las describe de manera apropiada de la misma forma que no describe cambios en peso. Confirman diagnóstico de infección por VIH, con severo cuadro respiratorio sospechan neumonía por P. jiroveci y TB miliar. Remiten a mayor grado de complejidad. En Hospital Infantil Universitario de San José confirman tuberculosis mediante baciloscopia positiva, pendiente resultado de cultivo, no se realiza prueba molecular, inician tratamiento a pesar de lo cual el paciente fallece. Mortalidad por co infección TB y VIH CONFIRMADA en paciente que consultó múltiples ocasiones, pero el diagnóstico de VIH se hizo de manera tardía. Se identifican demoras asociadas al proceso de atención del caso, descritas en detalle en el tablero de problemas, las cuales son compartidas con EPS Famisanar, ya que, no se evidencia una vigilancia efectiva o articulación con IPS, que permita

el seguimiento de pacientes para diagnósticos oportunos. Se indica ajuste en dirección del caso y ajuste en estructura de cascada de defunción en el certificado de defunción.

Hallazgos: Prueba rápida de VIH reactiva del 06/09/2024 en Ips Cafam (urgencias) consultas recurrentes sin un diagnóstico oportuno. No se evidencia un plan claro para el manejo del paciente.

Plan de Mejora: Desde la Ips Cafam no estableció articulación con EAPB para el seguimiento del paciente, tampoco se evidencia en historias clínicas análisis adecuado para la identificación de factores de riesgo asociados a infecciones de transmisión sexual a pesar de describirlo en la consulta durante el año 2019 y de síntomas presentados. En la historia clínica no hay registro de duración de síntomas como gastrointestinales, durante el examen físico no se describen hallazgos positivos.

4. Unidad de Análisis – Mortalidad TB/Coinfección VIH

Nombre: NN

Identificación: AS 2608NN24

Edad: Sin dato

Eps: Sin aseguramiento

Subred Norte

Dx: Choque neurogénico, meningitis tuberculosis, toxoplasmosis cerebral, VIH, meningitis por tuberculosis, choque neurogénico.

Fecha de Mortalidad: 24/09/2024

Paciente con antecedentes desconocidos, quien fue llevado en tercer trimestre de 2024 a hospital de Kennedy con alteración de la consciencia, confirmando infección por VIH y lesiones ocupantes de espacio en SNC. Búsqueda activa de criptococosis meníngea e histoplasmosis diseminada con negatividad de Ag urinario de histoplasma y de film array panel meníngeo. Con Prueba molecular de LCR para tuberculosis negativa pero más adelante Cultivo y pruebas moleculares de M. tuberculosis positivos con sensibilidad a R e H. Inicio de tratamiento antituberculoso pero paciente falleció en avanzado estado de inmunosupresión y con importante compromiso neurológico. Mortalidad por coinfección Tuberculosis VIH CONFIRMADA en paciente con escasos datos de Historia Clínica antecedentes, quien se diagnosticó en avanzado estado de inmunosupresión. Se

evidencia oportunidad de mejora durante la atención en Hospital de Kennedy: No se procesó ADA ni cultivo de micobacterias ni prueba molecular de M. tuberculosis de la primera muestra de Líquido cefalorraquídeo. Es importante mejorar en lo que tiene que ver con el procesamiento completo de las pruebas de alto valor – invasivas. Se brinda recomendación: considerar en los pacientes que no tienen vía oral, como los que están intubados ó con alteración de la consciencia, iniciar antituberculosos parenterales de manera transitoria para lograr mejor biodisponibilidad de fármacos mientras se logra la vía oral normal.

Hallazgos: Paciente ingreso por el servicio de urgencias del Hospital de Kennedy en compañía de agentes de policía en malas condiciones generales y alteración de la conciencia. Desde el Hospital se realiza ajuste en edad y fecha de nacimiento del caso en el certificado de defunción, dejando edad registrada en historia clínica.

5. Unidad de Análisis – Mortalidad TB/Coinfección VIH

Nombre: Lyda Ludmila Aguilera González

Identificación: 35312829

Edad: 67

Eps: Nueva Eps – Contributivo

Dx: Insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico de origen pulmonar, tuberculosis, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fecha de Mortalidad: 29/09/2024

Fecha de notificación: 27/09/2024

Paciente con antecedente en historia clínica de EPOC, aunque no queda claro el modo de diagnóstico, quien tiene múltiples atenciones por IPS primaria y de manera concomitante por Entidad ambulatoria EMI (emergencias y urgencias). Las atenciones de la IPS primaria no describen oportunamente síntomas de tuberculosis y EMI describe síntomas y sospecha en las últimas atenciones.

La IEC de manera concomitante si describe que había pérdida de peso, síntomas respiratorios y diaforesis nocturna, lo cual implica que hubo problemas de historia clínica y de cumplimiento de algoritmos diagnósticos de tuberculosis en IPS primaria.

Luego de múltiples atenciones en las que se describía disnea y tos, fue remitida la paciente de una atención domiciliaria por EMI a hospitalización en la que se confirmó tuberculosis baciloscopia positiva con prueba molecular detectable y confirmando sensibilidad a R y Resistencia a H.

Paciente no alcanzó a recibir tratamiento por fallecimiento poco tiempo después de ingreso y confirmación diagnóstica.

Teniendo en cuenta lo anterior, se CONFIRMA tuberculosis pulmonar en paciente cuyo diagnóstico debería haber sido más oportuno.

Se evidencia oportunidad de mejora durante la atención en IPS primaria Viva 1A y EAPB en vigilancia de las intervenciones realizadas por IPS, descritas en detalle en tablero de problemas. Así como, la identificación de demoras asociadas al individuo.

Se indica ajuste de fecha de consulta y fecha de defunción para evento 813 en aplicativo SIVIGILA. No se realiza ajuste en estructura de cascada de defunción.

Hallazgos: Usuaría consulta en varias oportunidades a médico alternativo ya asiste a farmacias para automedicación.

EAPB Nueva EPS: Se requiere optimizar el seguimiento a las intervenciones realizadas por la red primaria de la paciente, ya que, tuvo múltiples atenciones por la IPS, sin embargo, no se evidenció el diagnóstico de Tuberculosis.

IPS Viva 1A: No cumplimiento de algoritmos diagnósticos de Tuberculosis para paciente con factores de riesgo y síntomas relacionados con Tuberculosis.

IPS Viva 1A: En historia clínica no se evidencia descripción clara de síntomas que podían sugerir tuberculosis.