

CASO CLÍNICO

Vol. 40. No. 2 Abril-Junio 2017
pp 125-128

Reporte de un caso exitoso en la activación del equipo de respuesta inmediata (ERI) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 221 «Dr. Emilio Chuayffet Chuayffet» del IMSS y revisión de la literatura

Dr. Carlos Alberto Echeverría-Miranda,* Dr. Eduardo Sandoval-Rodríguez,*
Dr. Enrique Gómez Bravo-Topete,* Dr. Gilberto Felipe Vázquez-de Anda,*
Dr. Martín Rodríguez-Roldán,* Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño*

* Coordinación Clínica del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HGO No. 221 del IMSS, Toluca, Estado de México.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño
Calle Dr. Balmis Núm. 148, Col. Doctores,
Del. Cuauhtémoc, 06726, Ciudad de México.

Recibido para publicación: 10-03-2017

Aceptado para publicación: 03-05-2017

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se han publicado artículos que han propuesto prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, llevando a establecer estrategias hospitalarias que implementen un equipo de respuesta inmediata (ERI), a través de tres acciones: A) identificar, B) tratar y C) trasladar. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer de 39 años en quien se diagnosticó un embarazo de 34-35 semanas con hemorragia obstétrica por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), en la que se activó el ERI del HGO No. 221 del IMSS de manera exitosa. **Presentación del caso:** Presentamos el caso de una paciente de 39 años, con embarazo de 34-35 semanas de gestación, hemorragia obstétrica secundaria a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, intervenida quirúrgicamente para interrupción de la gestación como urgencia obstétrica. Teniendo como hallazgos: múltiples adherencias, placenta 100% desprendida, líquido amniótico hemático al 100%, cordón umbilical con coloración oscura hemática, múltiples miomas en cara anterior y posterior intramurales y múltiples miomas en serosa uterina, con endometriosis severa, uresis de 200 mL y sangrado de 3,000 cm³. Obteniendo un recién nacido mujer a las 16:40 horas con peso de 2,250 g, Apgar 6-7, talla 47 cm y un Capurro de 36 semanas de gestación. Se traslada al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el recién nacido a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Después de un año de seguimiento la paciente y su hija se encuentran sanas. **Conclusiones:** La activación oportuna y efectiva del ERI ante una urgencia obstétrica (Código Mater) salva vidas, preservando la integridad del binomio materno-fetal.

Palabras clave: Equipo de respuesta inmediata, código mater, urgencia obstétrica, hemorragia obstétrica.

SUMMARY

Introduction: In recent years there have been articles that have been proposed to prevent and/or reduce maternal and perinatal mortality, leading to establish hospital strategies to implement an immediate response team (ERI), through three actions: A) identify, B) treating and C) move. **Objective:** Present the case of a 39 year old woman in whom a pregnancy of 34-35 weeks was diagnosed with obstetric hemorrhage abruptio placenta abruptio (abruptio placenta), in

which the ERI HGO IMSS No. 221 was successfully active. **Presentation of the case:** We report the case of a patient of 39 years with 34-35 weeks gestation pregnancy, obstetric hemorrhage secondary to abruptio placenta abruption, underwent surgery for termination of pregnancy as emergency obstetric. **Taking as findings:** multiple adhesions, placenta 100% detached, amniotic fluid hematico 100%, umbilical cord with dark coloration blood count, multiple fibroids in anterior and posterior intramural and multiple fibroids in uterine serous with severe endometriosis, uresis 200 mL and 3,000 cm³ bleeding. Getting a newborn at 16:40 hrs woman weighing 2,250 grams, Apgar 6-7 size 47 cm and a Capurro of 36 weeks of gestation. Patient is transferred to the Intensive Care Unit (ICU) and the newborn Neonatal Intensive Care Unit (NICU). After a year of monitoring the patient and her daughter are healthy. **Conclusions:** Timely and effective activation of the ERI to emergency obstetric (Mater Code) saves lives, preserving the integrity of the maternal-fetal binomial.

Key words: Immediate response team, mater code, emergency obstetric, obstetric hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

El equipo de respuesta inmediata (ERI), siempre debe buscar desarrollar destrezas y competencias en los procedimientos apropiados, responder de manera efectiva a las necesidades de la usuaria, hacer buen uso de los recursos que se tienen disponibles y trabajar como un equipo, buscando dar una respuesta oportuna al surgir una urgencia obstétrica, teniendo bien capacitado a todo el personal que tenga contacto con la usuaria, realizando las prácticas adecuadas para asistir con calidad, excelencia y oportunidad a toda paciente⁽¹⁾.

El ERI que en obstetricia se ha denominado Código Mater (Figura 1), es un sistema de atención de respuesta rápida, concebido como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado, sepsis y otras patologías secundarias), este equipo multidisciplinario de profesionales de la salud tiene una función optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (ginecoobstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio, ultrasonido, farmacia) (Cuadro I). Está capacitado en urgencias obstétricas para prevenir y/o disminuir la mortalidad materno-perinatal mediante tres acciones: A) identificar, B) tratar y C) trasladar, siempre de manera oportuna e inmediata la urgencia obstétrica (Cuadro II).

En el tratamiento definitivo según las Guías de Práctica Clínica para el caso de hemorragias obstétricas (HO) secundarias a DPPNI, el propósito definitivo es aplicar los procedimientos para salvar vidas, debiendo incluir:

- Provisión de líquidos intravenosos
- Provisión no rutinaria de antibióticos, oxitócicos o ergonovina
- Transfusión sanguínea
- Parto asistido
- Cesárea
- Extracción manual de placenta

- Evacuación uterina
- Reparación de laceraciones
- B de Lynch
- Balón de Bakri
- Ligadura de hipogástricas
- Histerectomía

El tratamiento definitivo se puede realizar en área de labor, parto o sala de operaciones, con turnos que asistan las 24 horas del día y los siete días de la semana.

Al menos 15% de todos los embarazos supone necesitar una intervención médica de emergencia. El acceso a la atención de urgencia materna es crucial para salvar las vidas de mujeres, su bebé y prevenir discapacidades en ambos.

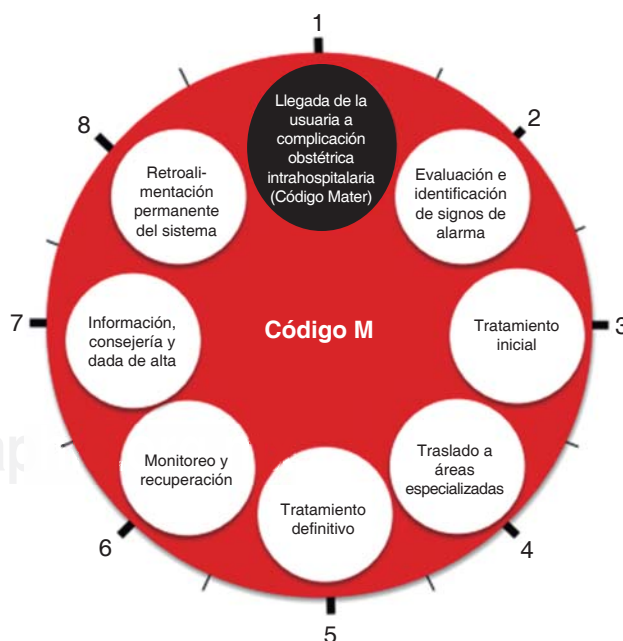


Figura 1. Código Mater, se compone de ocho etapas.

Cuadro I. Miembros del equipo de respuesta inmediata.

Gineco-obstetra	Valoración integral materno-fetal y tratamiento definitivo
Enfermera	Signos vitales, venoclisis, aplicación de medicamentos, toma de muestras sanguíneas, instalación de sonda Foley
Intensivista-Internista	Valoración neurológica, hemodinámica y metabólica
Pediatra	Conocer las condiciones fetales, reanimación neonatal, tratamiento integral del recién nacido
Anestesiólogo	Conocer las condiciones maternas y fetales para adecuar el manejo anestésico
Trabajadora social	Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios
Laboratorio	Realizar exámenes solicitados con carácter de urgencia
Ultrasonido	Rastreo abdominal, pélvico, obstétrico con carácter de urgencia
Farmacia	Disponibilidad, abasto y suministro de medicamentos

Cuadro II. Proceso ABC.

A Identificar (signos de alarma)	B Tratar (guías clínicas)	C Trasladar
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión o hipotensión arterial • Convulsiones tónico-clónicas • Alteraciones del sensorio o estado de coma • Sangrado transvaginal u otra vía • Taquicardia/taquipnea, cianosis, hipertermia > 38.5 °C • Choque 	<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia/eclampsia y sus complicaciones • Sangrado obstétrico (hemorragias obstétricas) • Sepsis • Causas indirectas: diabetes, cardiopatías, otras 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos • Quirófano o Unidad de Toco Cirugía • Unidad de Cuidados Intensivos • Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Para implementar ERI es necesario contar con una infraestructura con características mínimas que permitan brindar los servicios a la atención materna de urgencia, así como una capacidad resolutive en el capital humano, el equipamiento médico, los medicamentos, insumos básicos, transfusiones seguras, pruebas de laboratorio y de imagen de urgencia. El ERI exige un nivel de preparación que permita que el personal del hospital responda adecuadamente a las urgencias obstétricas, de manera que satisfaga las necesidades y derechos de las pacientes y reconozca las destrezas específicas del personal, a fin de que sea capaz de brindar dicha atención.

La información mínima requerida para los servicios de atención médica de urgencia obstétrica debe incluir:

- Edad de la madre
- Tipo de parto
- Complicaciones obstétricas
- Tratamiento
- Estado de salud de la madre después de la intervención
- Estado del recién nacido (vivo o sin vida)
- Peso al nacer

Posteriormente se deberá dar seguimiento y atención médica multidisciplinaria hasta su egreso de la UCI, UCIN, así

como su reincorporación a su ámbito social, laboral y familiar del binomio materno-fetal^(3,4).

PRESENTACIÓN DEL CASO^(3,4)

Se trata de mujer de 39 años de edad, que es ingresada al Servicio de Urgencias del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 221 del IMSS a las 16:30 horas por personal paramédico en ambulancia, se valora por personal médico especializado en ginecología y obstetricia dentro del hospital quien activa el Código Mater mediante alarma sonora por tratarse de un embarazo de 34-35 semanas con hemorragia obstétrica secundaria a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, se inicia tratamiento de acuerdo con las guías clínicas efectuando rastreo ultrasonográfico detectando vitalidad fetal y se indica a enfermería canalizar doble acceso intravenoso, administrando soluciones cristaloides y colocando sonda Foley con bolsa recolectora, se corrobora signos vitales encontrando una tensión arterial de 90/50, frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto y una temperatura corporal de 36 °C. Medicina interna realiza valoración neurológica otorgando un Glasgow 11/15 puntos y solicita muestras sanguíneas para valoración hidroelectrolítica, metabólica y orgánica. Se realiza valoración anestésica y se decide intervención quirúrgica para

interrupción de la gestación por vía abdominal como urgencia obstétrica a través de anestesia general endovenosa, posteriormente el Servicio de Gineco-Obstetricia efectúa cesárea tipo Kerr y se pasa a recién nacido a pediatra neonatólogo para conocer condiciones fetales y realizar reanimación neonatal, reportando recién nacido vivo, mujer (Figuras 2 y 3), con



Figura 2. Reanimación básica al recién nacido por parte de médico pediatra neonatólogo



Figura 3. Se aprecia la placenta totalmente desprendida.

hora de nacimiento 16:40 horas con peso de 2,250 gramos, talla 47 cm, Apgar 6/7, Capurro 36 semanas de gestación y el Servicio de Ginecología reporta placenta 100% desprendida, líquido amniótico hemático al 100%, cordón umbilical con coloración oscura hemática, múltiples miomas en cara anterior y posterior intramurales y múltiples adherencias. Uresis 200 cm³, sangrado 3,000 cm³, se transfundieron tres paquetes globulares y un plasma fresco en total, se envía a UCI quien corrige el estado hidroelectrolítico y la acidosis metabólica. Se egresa a la paciente tres días después del procedimiento quirúrgico. Después de un año de vigilancia y seguimiento ambulatorio, el binomio se encuentra física y funcionalmente integrados a la sociedad.

CONCLUSIONES

El propósito de este reporte es activar iniciativas intrahospitalarias con las que podamos aprender las experiencias para mejorar la calidad y oportunidad en la atención, así como transmitir e inculcar buenas prácticas en los equipos de respuesta inmediata (ERI), estimulando y perfeccionando las competencias profesionales a través de capacitación continua en las urgencias obstétricas, discutiendo de manera dirigida los resultados clínicos hospitalarios y analizando la evidencia científica actualizada de cada caso, disponiendo de un equipo o sistema de evaluación y mejora del proceso.

Para abatir la mortalidad por hemorragia obstétrica se requiere que el ERI esté conformado por un equipo multidisciplinario, capacitado y dispuesto para el adecuado reconocimiento de una urgencia obstétrica, así como para el manejo óptimo del tiempo, el trabajo en equipo y el uso de distintas maniobras para disminuir el riesgo de muerte materna y perinatal, debiendo estar familiarizado con la atención de la urgencia. El manejo de la hemorragia obstétrica requiere un protocolo ordenado, sistematizado, organizado y efectivo del padecimiento, y que pueda ser replicado en cada situación específica.

La activación del ERI se puede realizar en diversos sitios como son el Servicio de Urgencias, el quirófano, sala de expulsión, recuperación y/o área de hospitalización^(5,6).

REFERENCIAS

1. Briones-Garduño JC, Díaz de León-Ponce MA. Propuesta urgente. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009;23:62-63.
2. Briones-Garduño JC, Díaz de León-Ponce MA. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2010;24:108-109.
3. Briones-Garduño JC, Díaz de León-Ponce MA, Meneses-Calderón J. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009;23:16-24.
4. Carrillo-Esper R, Ramírez-Rosillo F, Carrillo-Córdova JR, Carrillo-Córdova LD. Equipo de respuesta rápida. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009;23:38-40.
5. Vélez-Álvarez GA, Agudelo-Jaramillo B. Guía: Manejo de la hemorragia obstétrica "código rojo". Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2010.
6. Delgado-Lara AG, Gallardo-Rincón H, et al. Amanece Código M. Equipo hospitalario de respuesta inmediata. Emergencia Inmediata. Instituto Carlos Slim de la Salud, AC 2014.