



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

IMPLEMENTACIÓN DE LISTADO DE VERIFICACION EN LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

La versión cefálica externa (VCE) es un conjunto de maniobras que, mediante manipulación externa a través del abdomen materno, buscan convertir la presentación fetal en cefálica en aquellos fetos que se encuentren en una presentación diferente de ésta. Con el objetivo de mejorar la tasa de éxito de este procedimiento y la seguridad del mismo se ha implementado un circuito en el que participan, obstetras, anestesiólogos, matronas y pacientes gestantes.

En el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Infanta Sofía pusimos en marcha este protocolo en febrero de 2016 y hemos ido mejorando el circuito añadiendo diferentes puntos de control con el objetivo de lograr mejores resultados y mayor seguridad para las pacientes. Se ha creado un listado de verificación previo a la entrada a quirófano de la paciente para versión cefálica externa que incluye los aspectos críticos que deben ser comprobados (Anexo A).

El circuito se desarrolla en diferentes ámbitos como son las Consultas de Obstetricia, la Sala de Monitorización y el Bloque Obstétrico, formado por paritorios y quirófano de Obstetricia.

El circuito comienza en la Consulta de Obstetricia, en la visita de la semana 36 donde seleccionamos a la paciente que cumple los criterios de inclusión, se le explica el procedimiento de forma detallada y se le proporciona el consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Feto único en presentación no cefálica por encima de 37 semanas con ausencia de contraindicaciones para parto vaginal y comprobado el bienestar fetal.

Tras la captación de la paciente se cita en la semana 37 para monitorización fetal, entrega de consentimiento informado firmado y comprobación de presentación mediante ecografía.

Se programa procedimiento en calendario de bloque obstétrico (acceso a matronas y obstetras) para asegurar disponibilidad del quirófano del Bloque Obstétrico. Se pide cita en Consulta de Anestesia para valoración previa a la versión.

En situación de pandemia se solicita PCR SARS CoV 2 previo al ingreso.

El procedimiento se realiza en régimen de ingreso ambulatorio en un paritorio o sala de dilatación en el que ingresa junto con su acompañante.

La paciente es recibida por la matrona encargada de verificar los siguientes apartados:

- Control de constantes
- Ha recibido el apto por parte de Anestesia
- El consentimiento informado del procedimiento y de la técnica anestésica está firmado y entregado
- La gestante acude en ayunas.
- Resultado de PCR COVID 19

Tras esta valoración el obstetra comprueba presentación fetal mediante ecografía. En caso de presentación no cefálica se procede a realización de:

- Registro cardiotocográfico durante al menos 20 minutos.
- Venoclisis

El obstetra avisará al Servicio de Anestesia para comprobar su disponibilidad para el procedimiento. En caso afirmativo se comienza a administrar el agente tocolítico (según protocolo) media hora antes del comienzo y durante todo el procedimiento.

Transcurridos 30 minutos desde inicio de infusión del tocolítico se pasa a la paciente a quirófano de Bloque Obstétrico:

- La enfermera de quirófano comprueba identificación de la paciente
- Monitorización de la gestante
- Perfusión continua de Remifentanilo
- Se inicia la técnica de versión cefálica por parte de 2 obstetras
- Control ecográfico de posición y frecuencia cardiaca fetal mediante ecografía

Conducta tras procedimiento:

- Registro cardiotocográfico durante 40 minutos.
- Valoración de síntomas anormales (dolor, sangrado, contracciones).
- A las pacientes Rh negativas se les administrará gammaglobulina anti-D
- Comienzo de tolerancia oral
- Alta con informe, recomendaciones y citas posteriores

Recomendaciones y control:

A) En el caso de técnica exitosa:

- Reposo relativo en domicilio durante 24 horas
- Control en consulta de monitores a los 4-5 días

B) En el caso de fracaso de la técnica:

- En función de edad gestacional se programará cesárea o se citará para control en Consulta de Monitores, para comprobar nuevamente la presentación y programar cesárea si persistiese la presentación no cefálica.

Para la evaluación interna de la técnica y sus resultados quedan registrados todos los casos en la base de datos del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Evaluación:

Se han recogido los datos de las historias clínicas de las pacientes sometidas a versión cefálica externa para evaluar periódicamente nuestros resultados. Cabe destacar la introducción de sedación, habitualmente con Remifentanilo, con el objetivo de mejorar los resultados de la técnica con una mayor tolerancia de la paciente.

En total hemos recogido 143 pacientes de las cuales 36 de ellas se realizaron con óxido nitroso o sin ningún anestésico y 107 con sedación con Remifentanilo.

En el primer grupo obtuvimos una tasa de éxito del 52 % en total, siendo el 72 % en aquellas gestantes con placentas posteriores. Teniendo en cuenta la paridad, en pacientes multíparas se consiguió un éxito del 85% mientras que en nulíparas tan solo del 31.8 %, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.002$).

Por otro lado, en el segundo grupo, el grupo bajo sedación, se consiguió una tasa de éxito del 57%. Las pacientes con la placenta insertada en la cara posterior del útero, presentaron un éxito del 62.2% y aquellas con placenta en cara anterior de un 51.8%. En cuanto a paridad en estas pacientes la tasa de éxito de versión en multíparas fue de 65% y en nulíparas el 50%. Estos resultados son concordantes con lo publicado al respecto.

En conclusión, tras la implementación del procedimiento y con la participación de los diferentes profesionales involucrados en el mismo se ha incrementado la tasa de éxito un 9.6%, minimizando el riesgo de complicaciones (un total de 5 casos en las 143 versiones realizadas) y aumentado la satisfacción de las pacientes y sus acompañantes.

ANEXO A: LISTADO DE VERIFICACIÓN PREVIO A ENTRADA A QUIRÓFANO DE LA PACIENTE PARA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

	Sí	No
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LA PACIENTE		
EDAD GESTACIONAL POR ENCIMA DE 37 SEMANAS		
ENTREGADO CONSENTIMIENTO INFORMADO		
APTO POR PARTE DE ANESTESIA CON CONSENTIMIENTO FIRMADO		
PACIENTE EN AYUNAS		
REALIZADA PCR COVID		
PRESENTACIÓN COMPROBADA POR ECOGRAFÍA		
REGISTO CARDIOTOCOGRÁFICO REACTIVO		
ADMINISTRADO TRATAMIENTO TOCOLÍTICO DURANTE AL MENOS 20 MINUTOS		

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Balears, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

1	6					N
---	---	--	--	--	--	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA

Programa Alta precoz postparto con continuidad de cuidados en domicilio

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

Ámbito: La continuidad asistencial de la diada madre-hijo tras el parto eutócico es una prioridad asistencial. Trabajamos estrechamente con la Dirección Asistencial (DA)-Norte y la DA-Este de la Comunidad de Madrid (CAM) para coordinar, desde nuestra Maternidad, la cita precoz (<72h) o preferente (<48h) en Atención Primaria (AP) del recién nacido (RN) sano tras el alta de puerperio (habitualmente, 48h postparto). La Pandemia COVID-19 nos obligó a reorganizar circuitos para disminuir la probabilidad de transmisión horizontal intrahospitalaria de este virus.

Destinatarios: Puérperas y RNs sanos de DA-Norte y DA-Este, además del área metropolitana de Madrid, nacidos en nuestra Maternidad. Máximo de 6 unidades familiares/día.

Objetivos: Facilitar el alta hospitalaria a las 24h postparto garantizando la continuidad asistencial de la diada madre-hijo.

Organización:

Se creó un programa multidisciplinar en el que se reorganizaron los siguientes procesos

- Posibilidad de generar CIPA del RN 24/7
- Disponibilidad inmediata de grupo y Rh del RN en caso de madre Rh-, grupo 0, o anticuerpos relevantes.

≤24h postparto:

a) Confirmación del alta materna (obstetra) y del RN (neonatólogo), que activará el protocolo de continuidad asistencial del RN en AP.

b) Edición del listado de pacientes dados de alta, con datos de contacto y horario para la visita en las siguientes 24h (neonatólogo).

c) Tamizaje auditivo del RN (enfermería Puerperio)

48h postparto:

Visita domiciliaria (matrona): valoración clínica de madre y RN, incluyendo screening metabólico, bilirrubina transcutánea, y peso; asesoramiento en lactancia.

- Circuito específico de asistencia en hospital en caso de signos de alarma en la puerpera (Obstetricia) o RN (Neonatología).

Profesionales/familiares implicados: Obstetricia (matronas, enfermería, facultativos), Neonatología (enfermería, facultativos), Banco de Sangre (técnicos, facultativos) y Asunto Generales (administrativos). Padres del RN.

Desarrollo: Constitución del grupo y elaboración del protocolo (marzo 2020). Arranque del programa (marzo 2020). Protocolo definitivo (26 03 20). Revisión (16 11 20).

Presupuesto: RRHH: matronas destinadas al proyecto y vehículo; bilirrubinómetro y pesabebés.

Evaluación: Se analizan los resultados del programa correspondientes al periodo junio-diciembre de 2020 (plena implantación).

- Beneficiarios del programa: 875 unidades familiares (125/mes).
- Frecuentación hospitalaria tras el alta (morbilidad):

a) Indicador en madres: pendientes resultados.

b) Indicador en RNs:

Reingresos < 10 días de vida: 2.7% (alta precoz) respecto al 3.5% (total de altas).

No se ha visto afectado el sistema de citación (preferente/precoz) en AP.

No se ha detectado ningún caso de transmisión intrahospitalaria de SARS-CoV2 en estos RNs.

Ninguno de los reingresos de estos RNs ha sido motivado por una sepsis neonatal.

- Calidad percibida (encuesta a familias): tasa de respuesta 85.9% de las familias beneficiarias. Satisfacción media de 8.8 (rango: 0 mínima - 10 máxima puntuación).

Entre las familias no beneficiarias, el 89.6% expresaron su deseo de adherirse al programa en el futuro.

- Gestión: El programa ha supuesto un cálculo teórico en la reducción de la estancia hospitalaria de 224.1 días/mes.

Conclusiones: El “Programa de alta precoz con continuidad asistencial tras parto eutócico” ha sido aplicado con seguridad, evitando la transmisión horizontal intrahospitalaria del SARS-CoV2. Adicionalmente, ha mejorado la calidad percibida, y ha resultado eficiente desde el punto de vista de la gestión, lo que nos ha llevado a consolidarlo como rutina asistencial. Actualmente, nuestro reto es dar alcance al total de la población asistida en nuestra maternidad.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Se adjunta:

1. Protocolo de Alta Precoz Postparto con Continuidad de Cuidados en Domicilio.
2. Análisis reducción de estancias.

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Baleares, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

1	6				2	N
---	---	--	--	--	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA: ALTA PRECOZ POSTPARTO CON APOYO HOSPITALARIO. (APPAH).

La pandemia COVID-19 nos ha obligado a adaptar parte de la asistencia sanitaria. En este contexto epidemiológico reducir el tiempo de ingreso es un objetivo prioritario para facilitar la disponibilidad de recursos en hospitalización. Para satisfacer esta demanda, el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) ha iniciado el programa de alta precoz postparto con apoyo hospitalario (APPAH). Esta estrategia sigue la tendencia actual de humanización al parto y los cuidados perinatales, alejándolo de la medicalización y la patología, reduciendo al mismo tiempo la estancia hospitalaria.

El **ámbito de aplicación** es hospitalario, siendo sus **destinatarios** las madres y recién nacidos que acuden al HUIL para la asistencia al parto. Implica a las áreas asistenciales de obstetricia, paritorio y neonatología, así como su personal sanitario.

El **objetivo** del proyecto APPAH es reducir la estancia hospitalaria puerperal manteniendo todos los estándares asistenciales y de seguridad de los pacientes.

Para su **desarrollo** hemos seguido el modelo de protocolo normalizado de trabajo y método “check-list”, que garantizan la seguridad, promoción de la salud y los estándares en la calidad asistencial al parto y al recién nacido sano.

En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica que concluye que el alta precoz universal produce un aumento en las tasas de reingreso de menores de 28 días. Se propone que el alta precoz debe seguir unos criterios de inclusión individualizados, tener en cuenta la opinión de las familias y garantizar el seguimiento posterior en Atención Primaria. De esta manera se conseguiría una práctica segura.

Se han definido los criterios de inclusión relacionados con la gestación, parto, puerperio y periodo neonatal inmediato según recomendaciones de nuestras sociedades científicas (documento 1). Así mismo, se valora la opinión materna en la decisión del momento del alta. Y simultáneamente se crea una consulta de enfermería neonatal tras el alta, que se estructura según el esquema “check-list” con los siguientes objetivos: detección precoz de patología perinatal, apoyo a la

lactancia materna, realización de los cribados universales neonatales y adherencia al programa de Salud Infantil del niño sano de la Comunidad de Madrid (documento 2). Toda esta actividad queda reflejada en formularios de trabajo (disponibles para su consulta si se solicita). Para su puesta en marcha no se ha precisado de dotación presupuestaria.

Se han realizado sesiones formativas para todos los profesionales sanitarios implicados y se han definido indicadores de referencia para evaluar la seguridad y calidad asistencial sobre nuestros pacientes. Se evalúan de forma periódica trimestral.

Finalmente, en febrero de 2021, se pone en marcha el APPAH, cuya intención es permanecer en el tiempo. De 423 partos entre marzo y mayo de 2021, 84 (19,8%) fueron subsidiarios de APPAH, siendo pospuesta en 13 casos por decisión materna. Analizando los resultados de estos tres meses se obtienen los siguientes resultados a 28 días: tasa de reingreso neonatal y materno del 0%, de consultas a urgencias obstétricas de 2,8% y consultas a urgencias pediátricas 0%. La tasa de lactancia materna fue del 91%.

Podemos concluir que esta estrategia sanitaria, siguiendo el esquema descrito, es segura. Se consigue el objetivo de reducir la estancia hospitalaria sin que suponga un incremento en la tasa de reingreso o consulta a urgencias.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Documento 1.

Documento 1. Criterios de inclusión en el programa de Alta Precoz Postparto con apoyo hospitalario (APPAH)

CRITERIOS MATERNOS	CRITERIOS NEONATALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad materna \geq 18 años. 2. Aceptación por parte de la puérpera y entorno familiar. 3. Ausencia de riesgo social, familiar y ambiental. 4. Gestación a término (37-42 semanas). 5. No hábitos tóxicos. 6. Gestación adecuadamente controlada. 7. Ausencia de patología materno-fetal durante la gestación que requiera seguimiento en el puerperio inmediato. 8. No se excluyen las gestaciones de riesgo, que una vez finalizada ésta con buen resultado, no requieran control; como son: <ol style="list-style-type: none"> a. Amenaza de parto pretérmino. b. Placenta previa. c. Anemia leve (Hb mayor o igual a 9 gr/dL) no inmune. d. Aumento de peso excesivo ($>$ 15 Kg) o disminuido ($<$ 5 Kg). 9. Partos vaginales con: <ol style="list-style-type: none"> a. Presentación cefálica o podálica. b. Inicio espontáneo o inducido. c. Dilatación con o sin medicación. d. Con/ sin anestesia epidural. e. Alumbramiento dirigido (o espontáneo siempre que sea normal). f. Ausencia de hemorragia postparto por atonía uterina. g. Periné íntegro o sutura (desgarro o episiotomía excluyendo desgarros de grado III-IV). h. Ausencia de pérdida de bienestar fetal intraparto. 10. Conocimiento de grupo y Rh materno y del recién nacido, y puesta gammaglobulina anti D si procede. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto vaginal sin incidencias perinatales. pH cordón $>$7.10, APGAR 5 minutos \geq7. REA \leq durante 5 minutos. 2. Adaptación cardiopulmonar transicional normal. 3. Ausencia de antecedentes de riesgo de infección (bolsa rota $>$18h, EGB +, fiebre materna intraparto). 4. RN a término de peso adecuado ($P>$10) para su edad gestacional (37-42 semanas). 5. Administrada profilaxis ocular y antihemorrágica. 6. Curso clínico normal, sin ninguna alteración desde el nacimiento. 7. Toma de constantes (FC, FR, temperatura, TA y Sat pre y post) dentro de percentiles previo al alta. 8. Temperatura estable (36,1 a 37°C) en cuna abierta no térmica. 9. Emisión de meconio y micción realizada de modo espontáneo antes del alta. 10. Haber realizado al menos 3 tomas bajo supervisión de forma adecuada de lactancia materna o fórmula adaptada, 11. Realización del cribado de cardiopatías congénitas con resultado negativo. 12. Realización del cribado de hipoacusia. 13. Grupo sanguíneo realizado y sin riesgo de hiperbilirrubinemia. 14. Sin riesgo de hipoglucemia (a excepción de DG en tratamiento con dieta con glucemias normales pretoma a las 2 y 6 horas). 15. Examen físico completo normal previo al alta realizado por un facultativo en pediatría. 16. Información a la madre sobre el alta precoz.

Documento 2.

Documento 2. Actividad consulta de alta precoz y cribado endocrino-metabólico, 42-72 h, enfermería pediátrica

Antecedentes perinatales

- Peso al nacimiento (g): texto libre
- Cribado de cardiopatías congénitas: pasa/no pasa
- Potenciales evocados auditivos: pasa /no pasa
- Cribado endocrino-metabólico: extraído. Fecha: texto libre Nº de referencia: texto libre
- ¿Ha acudido al servicio de urgencias desde el alta hospitalaria?: si/no causa materna/causa neonatal.
- ¿Tiene cita de seguimiento en su Centro de Salud? si/no. Pediatra/enfermería pediátrica/matrona. Fecha de la cita: texto libre

Valoración de la alimentación

- Tipo de lactancia: materna exclusiva/suplementada/artificial
- Motivo de lactancia materna parcial/artificial: médica/decisión informada
- Valoración técnica de lactancia: adecuada/inadecuada
- Número de tomas al pecho/día: texto libre
- Número de suplementos de leche artificial: texto libre. Cantidad (ml): texto libre
- Se queda dormido tras la toma: si/no
- ¿Cuánto tiempo se queda dormido tras la toma?: >1 hora, 1-2 horas, > 2 horas.
- Número de pañales mojados/día: texto libre
- Número de deposiciones/día: texto libre

Valoración del estado general

- Estado general del recién nacido: bueno/regular/malo
- Toma de constantes: texto libre, en caso de alteración del estado general
- Presencia de ictericia: si/no. Cifra de bilirrubina trascutánea (mg/dl): texto libre
- Aspecto del cordón umbilical: adecuado/inadecuado

Se deberán completar todos los ítems del formulario que quedan registrados en la historia clínica del paciente.

En caso de estar alterado alguno de los ítems realizar interconsulta al pediatra para valoración.

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Baleares, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

--	--	--	--	--	--	--	--

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

APLICACIÓN DE UN MODELO GLOBAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ESTABILIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO < 32 SEMANAS EN SALA DE PARTOS

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Paritorios y quirófanos destinados a atención obstétrica de cinco hospitales con Unidades de Neonatología nivel IIIA (según niveles asistenciales de la Sociedad Española de Neonatología) de la Comunidad de Madrid: Puerta de Hierro-Majadahonda (coordinación del estudio), Getafe, Leganés, Fuenlabrada y Alcalá de Henares.

OBJETIVOS.

Introducción de diversas herramientas de calidad asistencial en la reanimación (RCP) del niño pretérmino menor de 32 semanas de edad gestacional (< 32 sEG) para mejorar la seguridad de la estabilización de estos neonatos tras el nacimiento: uso de **listas de comprobación** de material, aparataje y procedimiento de RCP neonatal, **aplicación sistemática de puestas en común pre-post reanimación** por parte de los miembros del equipo reanimador y realización de **auditorías aleatorias de seguridad en tiempo real (AASTR)** del material, aparataje y medicación necesarios para la RCP neonatal en sala de partos.

DESARROLLO Y DURACIÓN

Para evaluar la viabilidad y eficacia de esta propuesta se realizó un estudio de intervención, cuasi-experimental, prospectivo, multicéntrico en las cinco unidades participantes. Este estudio constó de una fase preintervención de un año de duración, un periodo de intervención de 8 meses y una fase postintervención de otro año de duración. En el primer periodo se realizaron AASTR semanales de al menos tres puestos de RCP neonatal en sala de partos de cada uno de los centros. En el periodo de intervención se

introdujeron en las distintas unidades listas de comprobación unificadas para usar en el momento de la RCP de los < 32 sEG y se establecieron procedimientos para realizar puestas en común previas y posteriores a la RCP por parte de los miembros del equipo reanimador. Durante el periodo postintervención se continuó con la realización de AASTR de los puestos de estabilización. En ambos periodos se analizaron diversas variables de las RCP llevadas a cabo en los neonatos < 32 sEG nacidos en los distintos centros para confirmar si había diferencias en aspectos clínicos o de procedimiento entre los dos periodos estudiados.

RESULTADOS

En la primera fase se llevaron a cabo 852 AASTR de los puestos de RCP neonatal. 534 (62,7%) se consideraron sin defecto, 98 (11,5%) con defectos leves, y 220 (25,8%) con defectos graves. En la fase postintervención, se realizaron 877 AASTR: 711 (81%) no tuvieron defecto, 116 (13,2%) presentaron defectos leves, y solo 50 (5,7%) tuvieron defectos graves. Esta mejoría alcanzó significación estadística ($p=0,000$). El uso de las listas de comprobación y las reuniones pre-post reanimación en la fase postintervención fue muy alto, realizándose en un 83,3%, 89,5% y 75%, respectivamente, de las RCP estudiadas. Tras analizar datos de 75 RCP en < 32 sEG hechas en la primera fase y 48 de la segunda, no se encontraron diferencias significativas en las variables clínicas de soporte térmico o respiratorio estudiadas, aunque si hubo una tendencia (sin significación estadística) a menor cantidad de problemas técnicos durante la RCP en la fase postintervención (24% RCP con problemas en el primer periodo vs 18,8%).

CONCLUSIONES

La introducción sistemática de AASTR en los puestos de RCP neonatal en salas de partos mejora la preparación de los mismos y es una práctica segura y sin coste que se debe extender en nuestros paritorios. Su uso, así como el de las listas de comprobación, y la realización de reuniones pre-post RCP es factible y puede ayudar a mejorar la seguridad en la estabilización de los recién nacidos más inmaduros.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

- Se adjunta memoria del estudio realizado junto con los resultados obtenidos (Anexo 1)
- Se adjunta artículo publicado en revista internacional de alto impacto sobre la utilidad de las AASTR en los puestos de reanimación neonatal basados en los datos obtenidos durante la primera fase del estudio (Anexo 2)

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º, 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Baleares, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19