



ANEXO I
FICHA DE RECOGIDA
BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

PROYECTO MULTICENTRICO DE ADECUACION A ESTANDARES CLINICOS DE LAS CESAREAS URGENTES Y PROGRAMADAS EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

Enlace a sitio web (si procede):

*solo para profesionales del SERGAS con acceso sólo a personas expresamente autorizadas por servicios centrales. <http://forumsscc/extranet/das/proMulAdeEstCliCesUrxPro/default.aspx>

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: DG de Asistencia Sanitaria. SG de Planificación y Programación Asistencial. Servicio Gallego de Salud. Teresa Queiro Verdes.
- Domicilio social: Edificio Administrativo de San Lázaro, San Lázaro s/n, CP: 15703. Santiago de Compostela.
- CCAA: GALICIA
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹: M^a Dolores Martínez Romero
 e-mail: mariadolores.martinez.romero@sergas.es Teléfono: 881548640

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Prácticas clínicas en el parto
	Coordinación institucional (entre niveles asistenciales, sectores y administraciones)

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar): hospitales SERGAS

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 5-10-2010
- Actualmente en activo: SI
- Fecha de finalización: no tiene

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica. Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.

7. BREVE DESCRIPCIÓN

□ Población diana

Todas las mujeres gestantes que paren en hospitales de la red pública del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), dentro de ellas, aquellas a las que le han practicado una cesárea urgente o programada.

Según datos de CMBD, en el 2013, se atendieron en los 14 hospitales maternidad del SERGAS, 16.648 partos, de ellos, 3.818 fueron cesáreas, lo que supone una media del 22,93% (oscilando del 21,2% al 26,46%).

Hospital	Cesáreas	cesáreas+ partos	% cesáreas
CHU A CORUÑA	694	2.729	25,43
H BARBANZA	81	359	22,56
HULA	369	1.414	26,1
H COSTA	94	391	24,04
CHU FERROL	253	1.012	25
H MONFORTE	47	184	25,54
CHU OURENSE	375	1.505	24,92
CHU PONTEVEDRA	358	1.620	22,1
H SALNES	103	564	18,26
CHU SANTIAGO	501	2.584	19,39
H VALDEORRAS	43	163	26,38
H VERIN	32	110	29,09
CHU VIGO	808	3.791	21,31
H XUNQUEIRA	60	222	27,03
Total	3.818	16.648	22,93

Tabla 1. Nº de partos en hospitales del SERGAS según datos de CMBD-2013.

% cesáreas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CHUA CORUÑA	21,48	22,77	22,56	22,65	21,72	23,47	25,43
H. V. XUNQUEIRA	15,79	21,43	23,87	25,52	22,90	19,05	27,03
CHU SANTIAGO	24,12	23,00	22,61	23,16	20,94	20,54	19,39
H BARBANZA	37,83	36,20	34,80	33,01	27,74	28,68	22,56
CHU FERROL	26,61	25,41	24,27	22,76	21,46	20,53	25,00
CHU LUCUS AUGUSTI	30,3	30,04	32,68	30,13	26,65	28,13	26,1
H COSTA	30,57	29,77	30,50	28,63	27,44	22,27	24,04
H MONFORTE	23,48	23,65	31,77	26,21	18,27	16,83	25,54
CHU OURENSE	30,44	29,70	26,42	23,46	21,91	24,32	24,92
H VERIN	21,85	27,97	28,91	27,21	17,91	20,17	29,09
H VALDEORRAS	29,75	28,57	22,89	22,82	21,58	15,97	26,38
CHU PONTEVEDRA	28,78	27,77	24,70	22,89	20,80	22,28	22,1
H SALNES	25,13	21,10	22,91	15,06	13,24	17,34	18,26
CHU VIGO	24,38	19,94	19,11	18,75	19,18	19,94	21,31
Media Galicia	26,46	26,22	23,86	22,71	21,20	22,02	22,93

Tabla 2. Porcentaje de cesáreas en hospitales del SERGAS según datos de CMBD.



Objetivos:

- Realizar un uso racional de la cesárea
- Evitar la realización de cesáreas inadecuadas e innecesarias.
- Aumentar la tasa de partos vaginales.

Metodología

En el 2010, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), con el fin de promover la implantación de las recomendaciones de la Estrategia Atención al Parto Normal (EAPN) por parte de las CCAA, hace una convocatoria pública y concede subvenciones a las CCAA para desarrollar proyectos que realicen acciones conducentes a llevar a la práctica estas recomendaciones.

El SERGAS presenta el proyecto de "Implementación de buenas prácticas clínicas en la atención al parto: adhesión al proyecto de adecuación de las indicaciones de las cesáreas urgentes y programadas" propuesto por el MSSI y cuyo coordinador, a nivel nacional, es el Dr Andrés Calvo Pérez. Se comienza implementando en 4 hospitales en el 2010 y poco a poco se van adhiriendo más hospitales al proyecto, de forma que, en 2011 hay nueve y en el 2014 se decide que todos los hospitales del SERGAS implementen la estandarización de las indicaciones de las cesáreas, en consonancia con las acciones de mejora sobre áreas relacionadas con los derechos sanitarios y con la calidad de los procesos asistenciales, del "Plan de Prioridades Sanitarias: 2014-2016" que incluye el uso racional de las cesáreas.

La implementación inicial del proyecto en los centros participantes, se lleva a cabo en **3 fases:**

- 1) Periodo Retrospectivo**
- 2) Periodo prospectivo concurrente continuo**
- 3) Fase de seguimiento**

Tras la presentación del proyecto, cada centro realizó la evaluación del periodo retrospectivo, después de la auditoría externa comenzaron el periodo prospectivo y tras la auditoría de este periodo, esos hospitales están ahora en fase de seguimiento con implementación del método de revisión concurrente continuo.

En el 2014, son 9 los hospitales que están en fase de seguimiento y consolidación y 5 estaban en fase inicial del análisis retrospectivo, de forma que tras la auditoría externa, comenzaron la fase prospectiva pendiente de auditar.

Los centros que se adhieren al proyecto deben comprometerse a:

- Con el apoyo de la Gerencia del centro y la jefatura de servicio designar a un/a profesional en el hospital, que participará directamente en el proyecto, dinamizará su desarrollo en el centro y lo coordinará con la SG de Planificación y Programación Asistencial de la DG de Asistencia Sanitaria del SERGAS.



- Realizar las reuniones que sean necesarias e informar por escrito del contenido de las mismas tanto a la gerencia y equipo obstétrico del centro como a la coordinadora autonómica y a la SG de Planificación y Programación Asistencial de la DG de Asistencia Sanitaria del SERGAS.
- Participar y facilitar la realización de las auditorías externas cruzadas de los estudios retro y prospectivo.
- Los centros participantes se comprometen a realizar la evaluación de cada centro adherido, siguiendo las indicaciones de la DG de Asistencia Sanitaria y coordinación autonómica del proyecto, que se llevará a cabo del siguiente modo:

1) Periodo Retrospectivo:

EVALUACION DEL PERIODO RETROSPECTIVO: Se auto-evaluarán todas las cesáreas realizadas con arreglo a los estándares, para evaluar la adecuación previa a la aplicación de estándares de indicación clínica de todas las cesáreas electivas/programadas y urgentes (cada uno de los cinco grupos de indicaciones: riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado, desproporción pelvi-fetal y miscelánea) del periodo retrospectivo. Los resultados habrán de ser remitidos a la SG de Planificación y Programación Asistencial encargada de la coordinación y seguimiento del proyecto. Desde el 2014 estos datos se suben directamente a una plataforma online con acceso restringido a coordinadores del proyecto a nivel de centro, jefes de servicio de ginecología y obstetricia y otras personas que la gerencia considere que deben tener acceso.

Una vez finalizada la revisión retrospectiva por parte del centro se efectuarán auditorías externas intercentros donde se revisarán 15-20% de las historias clínicas, incluidos partogramas, registros de MNS y hojas de curso clínico. La muestra de historias clínicas a auditar es seleccionada por el coordinador nacional del proyecto, mediante un muestreo aleatorizado con miras a contrastar la calidad de las evaluaciones internas. Los centros deben proporcionar las historias clínicas y los auditores internos deben estar presentes en la auditoría externa de las mismas.

Tras la evaluación externa de la adecuación de cesáreas, el auditor o auditora elaboran un informe en el que se recogen las discrepancias de la auditoría externa con la auditoría interna y se hace un análisis de los puntos fuertes a reforzar y los puntos débiles a mejorar concretándose en recomendaciones concretas que hagan que la aplicación de los estándares clínicos de indicación de cesáreas se interiorice por parte de todo el equipo asistencial y dar paso al periodo prospectivo concurrente continuo. Dicho informe es remitido a la EOXI para que a su vez, a través del jefe de servicio de Obstetricia, lo haga llegar a todas las personas que forman parte del equipo obstétrico.

2) Periodo prospectivo concurrente continuo:

EVALUACION DEL PERIODO PROSPECTIVO: Se auto-evaluarán con arreglo a los estándares, las cesáreas realizadas en el centro de la fase prospectiva (periodo de evaluación prospectiva concurrente continua), para evaluar la adecuación después de la aplicación de las indicaciones.



Una vez se han comunicado los resultados de la auditoría externa del periodo retrospectivo (en sesiones clínicas conjuntas de todo el equipo de obstetricia, mediante correos electrónicos...), se inicia el periodo de evaluación prospectiva concurrente continua.

De manera similar al periodo retrospectivo, pero de forma prospectiva continua, se evaluarán por parte de los servicios de Obstetricia participantes, la adecuación de todas las cesáreas urgentes que se realicen con arreglo a los criterios establecidos para cada uno de los cinco grupos de indicaciones (riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto estacionado, desproporción pelvi-fetal y miscelánea) y de las cesáreas electivas/programadas del periodo post. Ello permitirá que los profesionales puedan hacer su seguimiento en grupo y, si es preciso, introducir medidas correctoras oportunas.

La evaluación prospectiva concurrente continua consiste en analizar de forma diaria o cuando menos bisemanalmente, todas y cada una de las cesáreas que se realicen en los centros y valorar su adecuación a los estándares predefinidos. Es fundamental que en esta evaluación continua participen las personas integrantes de los equipos obstétricos en su totalidad en la medida que las cargas asistenciales lo permitan (sesión de cambio de guardia, sesión bisemanal de casos obstétricos, etc.).

La información final global del periodo prospectivo deberá ser remitida a la SG de Planificación y Ordenación Asistencial de la DG de Asistencia Sanitaria del SERGAS.

La evaluación externa de la adecuación del período post se efectuará en coordinación con la coordinación autonómica del proyecto y se realizarán auditorías externas a los centros con el mismo diseño descrito para el periodo pre-estandarización.

Tras la evaluación externa de la adecuación de cesáreas, el auditor o auditora elaboran un informe en el que se recogen las discrepancias de la auditoría externa con la auditoría interna y se hace un análisis de los puntos fuertes a reforzar y los puntos débiles a mejorar concretándose en recomendaciones concretas que hagan que la aplicación de los estándares clínicos de indicación de cesáreas se interiorice por parte de todo el equipo asistencial. Dicho informe es remitido a la EOXI para que a su vez, a través del jefe de servicio de Obstetricia, lo haga llegar a todas las personas que forman parte del equipo obstétrico.

Los informes de la auditoría externa se envían también al coordinador nacional del proyecto que realiza un análisis estadístico que compara la auditoría interna con la externa y nos da el porcentaje de adecuación real a estándares. Estos informes incluyen errores de clasificación y adecuación o no de las indicaciones así como una serie de recomendaciones para mejorar la aplicación de estándares. Las historias que han sido detectados como erróneamente clasificadas en la auditoría interna, se reclasifican, consecuentemente el número de historias y de muestras de cada grupo se actualiza y se repite el procedimiento para el total de cesáreas, así como para los diferentes tipos de éstas.



El estudio estadístico del proyecto se realiza a nivel de coordinación nacional, de forma que estos informes son enviados desde las CCAA al coordinador nacional del proyecto. Este estudio estadístico se divide en dos partes totalmente diferenciadas:

- La primera consiste en realizar estimaciones del parámetro p que representa el porcentaje de adecuación de una población de historiales clínicos. Esta población puede ser el conjunto de todas las historias o sólo los de un determinado tipo (cesáreas urgentes, programadas...). Asimismo pueden ser historias del período retrospectivo o prospectivo. El procedimiento para la estimación de p será siempre el mismo.

- La segunda fase consiste en comparar el porcentaje de adecuación del período retrospectivo con el porcentaje de adecuación del período prospectivo o de la auditoría interna con la auditoría externa, en el caso de los centros que están en la fase de seguimiento. Determinando la diferencia y la probabilidad de que realmente se haya producido una mejora en el porcentaje de adecuación.

Luego, mediante un método de simulación estadística se determina el porcentaje de probabilidad de que realmente haya existido una mejora entre los dos períodos.

3) Fase de seguimiento:

A partir de la adopción de los estándares y de la incorporación participativa al proyecto, en los partogramas o en las evoluciones clínicas deberá consignarse el motivo de la cesárea (uno de los cinco grupos descritos para las urgentes y los criterios consignados para las programadas o electivas) junto con la indicación correspondiente a dicho grupo, de tal forma que sea fácilmente identificable y pueda introducirse posteriormente en el registro.

Durante el primer año de aplicación de la metodología prospectiva concurrente continua, de forma semestral, desde los centros, se remitían a la coordinación autonómica de la SG de Planificación y Programación Asistencial, por correo electrónico, informes de los resultados clasificados por grupos con sus porcentajes de adecuación. Esta información también debía ser transmitida periódicamente, por el responsable del proyecto de cada centro, al equipo obstétrico de cada centro, por lo que se requería evidencia de que se haya realizado esa transmisión de información mediante copia de correo electrónico interno o acta de reunión informativa.

Desde el 2014 disponemos de una plataforma online, en donde los responsables del proyecto a nivel de cada centro asistencial vuelcan los datos mensualmente, lo que permite extraer las estadísticas y porcentajes de adecuación por grupos sin necesidad de enviar informes. Además esta plataforma dispone de foros comunes que permiten y contribuyen al intercambio de información entre profesionales de diferentes centros (publicaciones, protocolos, etc) y promueve el debate aportando la posibilidad de introducir mejoras del proyecto. El acceso a esta plataforma es restringido y sólo tienen acceso las personas autorizadas por cada uno de los centros, por su parte, el personal de Asistencia Sanitaria del SERGAS a nivel de servicios centrales tiene acceso a toda la información del portal.



Los indicadores a presentar por cada centro son:

- Tasa global de cesáreas del periodo
- Porcentaje global de cesáreas programadas
- Porcentaje global de cesáreas urgentes
- Porcentaje de adecuación de cesáreas programadas-electivas.
- Porcentaje adecuación de cesáreas programadas-electivas adecuadas desglosado por indicación clínica.
- Porcentaje de adecuación total de cesáreas urgentes.
- Porcentaje adecuación de cesáreas urgentes en cada uno de los cinco grupos de cesáreas urgentes.

Estándares:

- Para las cesáreas programadas o electivas, el estándar es del **100%**.
- Para las cesáreas urgentes, el estándar es del **90%**.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Para evaluar la adecuación de las indicaciones se establecen unos estándares de adecuación y unos criterios de cumplimiento:

- 1) **CESÁREAS PROGRAMADAS:** son aquellas que se indican como alternativa a la finalización del embarazo de forma programada y por vía abdominal.

En el proceso CESAREA se establece, independientemente de la indicación de la misma, que el momento para su realización sea a partir de la semana 39 en caso de gestación única, para salvaguarda del SDR fetal, salvo necesidad alternativa en otras semanas por interés materno-fetal (a partir de la 38 en caso de gemelar).

El estándar es del 100% para las cesáreas programadas o electivas, exige que:

- a) El día del ingreso se compruebe de manera fehaciente (mediante ECO en el caso de presentaciones anómalas o placenta previa) que persiste la indicación que en su día se formuló.
- b) El acuerdo JUSTIFICADO y consensuado en sesión clínica (casos especiales).
- c) La indicación esté contemplada dentro del listado de Electivas/Programadas.

- 2) **CESÁREAS URGENTES:** Las indicaciones de las cesáreas urgentes se clasifican y agrupan en los siguientes cinco grupos:

- a) Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF)
- b) Fracaso de inducción
- c) Parto estacionado
- d) Desproporción pelvifetal
- e) MISCELANEA.

****El estándar**, tanto en conjunto como por cada uno de las 5 indicaciones de cesárea urgente, es del 90%.



Hospitales 2012 (audit int./ext.)	% cesáreas	% adecuación cesáreas	% cesáreas programadas	% adecuación cesáreas programadas	% cesáreas urgentes	% adecuación cesáreas urgentes	1 RPBF	2 Fracaso inducción	3 Parto estacionado	4 Consejo Interterritorial DPF	5 Miscelánea BPP Buenas Prácticas
H. BARBANZA	28,75	57,99	47,80	57,99	52,20	55,78	22,67	50,00	83,33	100,00	100,00
C.H.U. PONTEVEDRA	22,10	75,67	33,00	83,21	67,00	72,01	60,87	69,23	95,24	77,78	85,71
C.H.U. DE OURENSE	24,35	88,80	29,77	97,45	69,97	85,38	82,92	96,77	89,10	81,82	100,00
HULA (1 Mar – 31 Dic)	27,52	68,87	27,52	88,23	72,48	61,94	34,53	70,37	79,33	77,27	73,12
C.H.U. FERROL	20,39	63,66	33,20	78,95	66,80	57,28	70,99	36,92	55,50	45,95	90,00
H. VIRXE DA XUNQUEIRA	18,81	85,79	29,77	77,69	70,23	92,31	80,00	100,00	100,00	100,00	0,00
C.H.U. CORUÑA	22,95	63,91	37,33	85,62	62,67	52,23	44,83	48,92	83,55	36,66	85,71
C.H.U. SANTIAGO	20,41	85,29	55,20	89,43	44,70	81,92	82,84	80,64	83,64	82,30	81,78
H. SALNES	16,46	86,75	26,72	78,95	73,27	89,33	84,37	66,67	90,48	100,00	100,00

Tabla 3. Adecuación real tras análisis estadístico de la fiabilidad de auditoría interna en comparación con la auditoría externa de las cesáreas del 2012.

La auditoría externa de los datos del 2013, de los 9 hospitales participantes está pendiente de finalizarse, por ello se muestran los datos de adecuación real del 2012. Estos datos permiten a cada centro identificar fácilmente aquellas indicaciones de cesáreas que no se adecúan a estándares y llevar a cabo actuaciones con el fin de mejorar su adecuación.

Observando los porcentajes de adecuación y su evolución a lo largo del tiempo se ha observado que en general han mejorado, observándose en el 2012 la tasa más baja de cesáreas de la comunidad con un pequeño aumento en el 2013 en 10 de los 14 hospitales públicos del SERGAS, de los 4 que mantuvieron la tendencia a la baja de la tasa bruta de cesáreas, los cuatro participaban en este proyecto, dos desde el 2010 y los otros dos se incorporaron en el 2011.

Por otro lado, en las reuniones periódicas con responsables del proyecto a nivel de centro y jefes de servicio, entre sus sugerencias está, la revisión de los estándares adecuándolos a las últimas evidencias y aumentando el nivel de exigencia, así como la necesidad de informatizar la historia clínica y lograr un consenso o no de consentimientos informados y en caso de usarlo que este sea el mismo para todos los centros.

El Proyecto multicéntrico de adecuación de cesáreas a estándares es una herramienta muy útil para disminuir la variabilidad en la indicación clínica de las cesáreas, pero la implementación del proyecto por parte de los profesionales es desigual lo que denota que la estandarización no es asumida por igual y es preciso insistir en la revisión sistemática de todas las cesáreas de forma concurrente continua y que esta información se comparta periódicamente con todas las personas que forman parte del equipo obstétrico para que instauren de forma definitiva.



Desde Asistencia Sanitaria, se continuará implementando la estandarización de las indicaciones de las cesáreas como reflejo del compromiso del SERGAS en hacer un uso racional de las mismas.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.