

## MEMORIA Experiencia Candidata

### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Reproductiva en el SNS

### 2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

“Gestión de eventos adversos en obstetricia”

### 3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Galicia.
- **Nombre de la entidad:** Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Ramón Puga nº54 (32005)
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
  - Nombre y apellidos: Julio García Comesaña
  - E-mail: Julio.Garcia.Comesana@sergas.es
  - Teléfonos: 988385511
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura<sup>1</sup>:**
  - Nombre y apellidos: Esther Álvarez Silvares
  - E-mail: [Esther.alvarez.s@gmail.com](mailto:Esther.alvarez.s@gmail.com) // Esther.alvarez.silvares@sergas.es
  - Teléfonos: 988385675 // 600569735

### 4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
José Luis Doval Conde	Jose-Luis.Doval.Conde@sergas.es	988385680	Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
Antonia Iglesias Santos	Antonia.Iglesias.Santos@sergas.es	988385003	Supervisora Unidad de Partos	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense				

<sup>1</sup> Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

## 5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

## 6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: 27/11/2017**
- **Actualmente en activo: si**
- **Prevista su finalización: no, en activo.**

## 7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) <sup>2</sup>	Mejora de la calidad asistencial en la atención durante el EMBARAZO
	Mejora de la calidad asistencial en el PARTO

## 8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En la actualidad no se puede hablar de calidad en la asistencia sanitaria, sin previamente valorar la seguridad del paciente, siendo ésta el eslabón crítico. No puede existir una atención de calidad, si ésta no es segura.

La OMS estima que 1 de cada 100 pacientes ingresados sufrirán un evento adverso<sup>1</sup> (EA); y define como EA cualquier incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociación directa con la atención médica (OMS; 2009)<sup>1,2</sup>.

Debemos tener en cuenta que:

- El embarazo y parto son uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, representando uno de los primeros GRDs de nuestro sistema de salud.
- El embarazo y parto acontecen en un entorno singular en el cual se espera un buen resultado para la madre y el recién nacido. Es un proceso fisiológico.

<sup>2</sup> 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 las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria**.



- El embarazo y parto son capaces de generar situaciones de emergencia de abordaje multidisciplinar que dificultan la comunicación.
- El embarazo y parto se desarrollan en un entorno cada vez más complejo e instrumentalizado.

Estas características inherentes de la atención al embarazo/parto nos llevan a una alta probabilidad de que ocurra un “suceso adverso” o EA.

LA OMS (2018)<sup>3</sup> nos refiere que: la mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

En 2004, la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada con el objetivo de coordinar, difundir e incrementar las mejoras en materia de seguridad. Dentro de esa iniciativa se incluye como programa de acción “la notificación y el aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente”<sup>4</sup>

Siguiendo la línea definida por la OMS, el planteamiento de nuestra estrategia se basa en un sistema de notificación, revisión (evidencia científica sobre las actuaciones médicas) y aprendizaje. Centrando nuestra actuación en la **Seguridad de las Pacientes**, trabajando para evitar errores y daños, aprendiendo de los EA, e implicando a todos los/as profesionales que trabajan en esta área de salud.

La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma sino sólo el medio necesario para facilitar el aprendizaje y promover cambios<sup>5</sup>.

En nuestra área de trabajo está implantado el sistema **SiNASP** desde 2010, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los/as pacientes a partir de la notificación y el análisis de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente<sup>5</sup>.

Como complemento a la herramienta SiNASP, nosotras pretendíamos con la implantación de esta estrategia, realizar un análisis **dirigido, inmediato e interno** para identificar los principales riesgos de nuestra población específica e implementar intervenciones para reducir dichos sucesos (evidencia científica, formación continuada). Crear un sistema de retroalimentación interno y continuo: “qué nos pasa, por qué y cómo podemos mejorar aquí y ahora”.

## 9. OBJETIVOS

Los objetivos de nuestra estrategia se plantearon en 2 vertientes bien definidas:

1. Implantar un sistema de gestión de riesgos en Obstetricia para la prevención de EA o bien para su identificación, análisis e implantación de medidas correctoras.  
Incorporar el ciclo de mejora continua en el trabajo habitual de Obstetricia para optimizar la seguridad y calidad asistencial prenatalmente, intraparto y durante el puerperio y prevenir los EA.
2. **Profesionales sanitarios:**
  - Mejorar la formación continuada en relación a la gestión de riesgos en Obstetricia y prevención de EA: aprender del “evento adverso”, valorando los resultados obtenidos tras un año de implantación.

## 10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

**Contexto:** Sección de Obstetricia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**Población diana:** Nuestra estrategia presenta 2 poblaciones diana claramente establecidas en función de los objetivos:

- Mujeres que acuden a nuestro servicio en relación con el embarazo, parto y puerperio. Total de nacimientos en 2018: 1239. Mujeres en edad fértil en el año de aplicación 57.669, con una tasa bruta de natalidad del 5.51‰<sup>6</sup>
- Profesionales implicados en la atención al embarazo, parto y puerperio: especialistas en obstetricia y ginecología, matronas, médico/as internos residentes de obstetricia, alumnas de matrona, personal de enfermería.

## 11. METODOLOGÍA

La estrategia de gestión de EA se empezó a aplicar a todos los ingresos del área de Obstetricia en relación con la asistencia hospitalaria prenatal, en el parto y en el posparto, desde noviembre de 2017 hasta la actualidad. Si bien, para esta memoria solo se ha tenido en cuenta los ocurridos en el año 2018, con un total de 1591 hospitalizaciones y 1239 nacimientos.

La implantación del sistema de gestión de EA se llevó a cabo en 2 fases:

1. Definición consensuada y multidisciplinar del protocolo de actuación. Circuito de gestión. Presentación y aceptación del mismo a todo el Servicio de Obstetricia (incluyendo matronas, enfermería)

2. Formación continuada.

Procedemos a especificar cada una de las fases:

**1.- Definición consensuada y multidisciplinar del protocolo de actuación. Circuito de gestión**

1.1.- **Eventos a monitorizar y su clasificación:** La selección de los EA o “riesgos en Obstetricia” que se estudiaron por el grupo se decidió tras la revisión de la literatura científica, las recomendaciones de la Agency for Health Care Research and Quality y tras evaluar las necesidades y prioridades de nuestro Servicio. Modificamos, según nuestra casuística, el índice de resultados obstétricos adversos propuesto por Mann y col<sup>7</sup> en 2006.

Tabla 1: Relación de EA a notificar/estudiar.

Eventos Centinela	Eventos Prenatales	Eventos Intraparto	Eventos Puerperales	Otros
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte materna</li> <li>- Muerte fetal intraparto</li> <li>- Cuerpo extraño olvidado en cavidad o vagina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eclampsia</li> <li>- Muerte fetal intrauterina de más de 24 semanas</li> <li>- Recién nacido con malformación mayor sin diagnóstico prenatal</li> <li>- Pérdida de gestación tras técnica invasiva (en los primeros 7 días)</li> <li>- Patología materna que precisa ingreso en reanimación o Unidad de Cuidados Intensivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distocia de hombros</li> <li>- Hemorragia puerperal severa</li> <li>- pH arterial en sangre de cordón &lt; 7</li> <li>- Hematoma vulvovaginal que precisa reintervención</li> <li>- Histerectomía obstétrica</li> <li>- Lesión visceral (vesical, intestinal u otras) en cesárea</li> <li>- Rotura uterina completa</li> <li>- Lesión grado 3 y 4 del esfínter anal (desgarro vagino-perineal con afectación del esfínter o mucosa rectal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección de herida quirúrgica tras cesárea (que requiere tratamiento médico y/o quirúrgico)</li> <li>- Enfermedad tromboembólica puerperal</li> <li>- Anemia severa que requiere transfusión sanguínea o de hemoderivados (hasta 42 días postparto)</li> <li>- Reingreso en los 30 siguientes días tras parto por cuadro relacionado con la gestación o el parto.</li> <li>- Puerperio que requiere ingreso en reanimación o Unidad de Cuidados Intensivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Error en la prescripción y/o administración de fármacos con repercusión clínica.</li> <li>- Falta de material o personal enfermería con repercusión clínica</li> </ul>

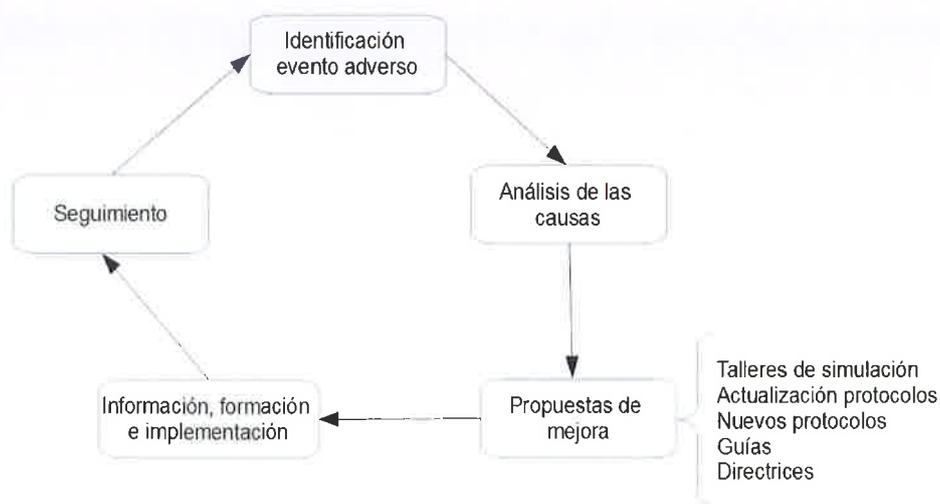
**Definimos como eventos centinela:** aquel suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos a la paciente. Obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse y a la provisión de apoyo y asesoramiento a los/as

profesionales implicados<sup>8</sup>. Se incluye como evento centinela, por su repercusión en la calidad asistencial el “Cuerpo extraño olvidado en cavidad o vagina”.

**1.2.- Circuito de gestión:**

1. Notificación voluntaria del EA detectado vía email; detallando número de historia clínica, tipo de evento, fecha de suceso. El archivo adjunto se remitirá encriptado.
2. Convocatoria de reunión multidisciplinar para el análisis, estudio y valoración del suceso detectado: 5-6 participantes (siempre se incluye los participantes en el suceso): obstetras, matronas..., según el caso clínico.
3. Consenso de propuestas de mejora para reducir la incidencia y los efectos de los EA, basadas en la mejor evidencia científica disponible (Guías de práctica clínica, UpToDate, revisiones Cochrane, protocolos externos...).
4. Consenso con otros servicios implicados: Anestesia, Pediatría, Hematología, Sección de patología infecciosa...Información y explicación al resto del Servicio de las medidas y estrategias propuestas.
5. Implantación de las estrategias definidas.
6. Seguimiento y revisión de la evolución de los EA tras la implantación del programa.
7. Sesión clínica informativa del resultado de seguimiento de EA durante el año 2018.

**Esquema de la secuencia seguida para el estudio de los EA detectados durante la aplicación de la estrategia (Circulo de mejora continua o de Deming modificado)**



**2: Formación continuada:** tras la valoración inicial de los EA detectados, determinamos nuestras necesidades internas de formación continuada.

2.1.- **Talleres de simulación:** son unas herramientas muy poderosas para la adquisición de habilidades técnicas y no técnicas en la formación obstétrica a todos los niveles. Al final del ciclo anual de talleres se entregó y evaluó una encuesta de valoración de la actividad (Anexo 1).

2.1.a- Realización de talleres de simulación sobre distocia de hombros (DH) dirigido a obstetras, matronas, residentes de Obstetricia y alumnas de matrona. Se plantearon en grupos reducidos (6-7 por sesión) con material teórico y práctico sobre simulador de parto (Pelvis PROMT) y finalmente breve reflexión a través del *debriefing* (conversación de aprendizaje con las instructoras). Estos talleres se repitieron en 2 ocasiones a lo largo del año 2018. Se realizaron un total de 9 talleres.

En nuestro Servicio, contamos con una obstetra con título reconocido de "Instructor en Emergencia Obstétrica"

Se seleccionó este taller por: la agrupación de casos que registramos en los primeros meses del seguimiento y además porque la DH es una emergencia no prevenible ni previsible y en la que la simulación ha demostrado que puede mejorar de una manera real el pronóstico fetal. Las principales sociedades científicas de Ginecología y Obstetricia recomiendan la realización de talleres de simulación sobre DH al menos 1 vez por año<sup>9,10</sup>. Los estudios de Draycott<sup>11</sup> han contribuido a demostrar que una cohorte de profesionales que tras una encuesta demuestran un mejorable conocimiento de la asistencia a la DH pueden, a través de la simulación mejorar sus resultados para posteriormente reducir la morbilidad fetal asociada (parálisis braquial permanente, encefalopatía neonatal).

Al inicio del primer taller (y en todos los grupos) se entregó una encuesta anónima sobre DH y maniobras con evidencia científica para su asistencia. Dicha encuesta se repitió al final del ciclo de formación continuada, con el fin de evaluar la eficacia del taller (Anexo 2).

2.1.b.- Realización de talleres de simulación para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto: colocación de balón de Bakri y suturas de capitonaje (para lo cual se ideó un simulador uterino propio con material reciclable y biodegradable). Se estructuraron los talleres en grupos reducidos (6-7 por sesión, solo para obstetras) con material teórico y práctico. Estos talleres se repitieron en 2 ocasiones a lo largo del año 2018. Se realizaron un total de 6 talleres.

2.1.c.- Talleres de comunicación efectiva: cómo comunicar la información relevante (método SBAR) y mejorar el trabajo multidisciplinar en equipo. Al trabajar con grupos multidisciplinarios permite poder valorar aspectos relacionados con el reparto de las responsabilidades y roles dentro del mismo, la consciencia global de la situación en cada momento, la priorización de las acciones y la ejecución correcta de las acciones requeridas. La técnica SBAR es una herramienta de comunicación diseñada para

estandarizar la comunicación clara, sencilla y concisa. Una forma sencilla pero eficaz de estandarizar la comunicación entre los profesionales sanitarios. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ha incluido la estandarización de la comunicación en sus objetivos de Seguridad del Paciente y recomienda SBAR como una buena práctica.

2.2.- **Sesiones clínicas** para la difusión de nuevos protocolos o actualización de los previos basados en la mejor evidencia científica disponible. Tras el análisis detallado de cada caso en particular y en el total de la muestra se procedió a establecer, consensuar y difundir varias actuaciones y propuestas de mejora. Se especifican las más relevantes:

- Profilaxis antibiótica en cesárea en los casos de gestantes con obesidad mórbida. En nuestra área la obesidad clase III, en los últimos 5 años se multiplicó por 5 ( $p < 0,001$ ).
- Actualización del protocolo para la determinación de pH de calota fetal ante sospecha de pérdida de bienestar fetal detectada por tocardiografía.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento del desgarro de 3º y 4º grado del esfínter anal.
- Protocolo de actuación y estudio ante muerte fetal intrauterina.
- Ferroterapia (intravenosa y oral): Indicaciones, tiempo de tratamiento y control pos-alta hospitalaria.
- Recomendaciones para la realización segura del contacto piel con piel.
- Introducción de listados de verificación (check list) para: DH, hemorragia postparto, puerpera con intervención de cesárea.

#### **BASES FUNDAMENTALES PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA:**

- La seguridad en el proceso del embarazo/parto/puerperio es nuestra máxima prioridad.
- Entorno libre de culpas.
- Confidencialidad.
- Fomento de la notificación.
- Análisis de los EA.
- Multidisciplinar
- Implementar y difundir mejoras.
- Fomentar la formación continuada en todos los niveles.
- Apoyo a las mujeres que han sufrido un EA, así como a sus familiares.
- Apoyo a los profesionales (segundas víctimas).

#### **Aspectos éticos:**

Nuestra estrategia se ha realizado respetando la normativa nacional y europea en lo que a investigación clínica se refiere (revisión de historias clínicas de mujeres con posibles EA) y

siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para la investigación, respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril 1997 y sucesivas actualizaciones. Se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética. En concreto, tanto la gestión de los datos recogidos como el manejo de las historias clínicas se cumplió en todo momento con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999) y el RD 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de esta ley, la ley 41/2002, de 14 de noviembre (Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), así como la ley 3/2001 de 28 de mayo, (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes) la ley 3/2005 de 7 de marzo de modificación de la ley 3/2001 y el decreto 29/2009 de 5 de febrero por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica.

#### **Aspecto económico:**

Nuestra estrategia no ha supuesto ningún tipo de gasto económico para el sistema de salud, dado que no se han utilizado recursos humanos extras (disponíamos de personal acreditado para instruir en simulación obstétrica) y que la formación se ha hecho con recursos materiales propios del centro (folios, suturas, papel, gel), además para la realización de las reuniones y talleres se han utilizado tiempos no dedicados a la actividad asistencial.

## **12. EVALUACIÓN**

### **• INDICADORES.**

#### **1.- Estudio del EA:**

- 1.1.- Incidencia de EA en el periodo de estudio.
- 1.2.- Relación entre EA detectado/analizado.
- 1.3.- Relación del EA según el periodo gestacional: prenatal/parto/puerperio.
- 1.4.- Principales EA detectados.
- 1.5.- Prevención de EA.
- 1.6.- Grado de aplicación de nuevos protocolos o actualizaciones.

#### **2.- Formación continuada:**

- 2.1.- Conocimiento de las maniobras para la resolución de la DH antes y después de los talleres de simulación Obstétrica.
- 2.2.-Grado de satisfacción tras los talleres de simulación y comunicación.



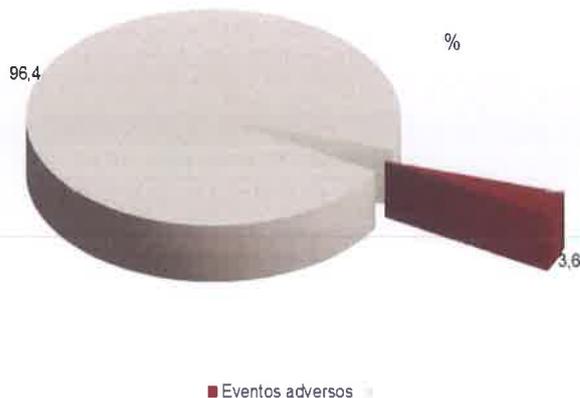
**Cuadro resumen de la metodología:**

GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN OBSTETRICIA		
<b>Población diana</b>	Mujeres que acuden a nuestro servicio en relación con el embarazo, parto y puerperio	Profesionales implicados en la atención al embarazo, parto y puerperio
<b>Objetivos</b>	-Implantar un sistema de gestión interno de riesgos en Obstetricia -Incorporar el ciclo de mejora continua -Mejorar la seguridad y calidad asistencial en el proceso prenatal, intraparto y puerperal - Prevenir los EA.	-Mejorar la formación continuada en relación a la gestión de riesgos en Obstetricia. -Aprender del "evento adverso"
<b>Metodología</b>	-Elaboración, implantación y seguimiento del protocolo.	-Revisión científica -Talleres de simulación
<b>Indicadores</b>	-Incidencia de EA en el periodo de estudio. -Relación entre EA detectado/analizado -Principales EA detectados. -Relación del EA según el periodo gestacional.	-Grado de satisfacción referido con los talleres de simulación  -Conocimiento de las maniobras para la resolución de distocia de hombros previo y post talleres.

● **RESULTADOS.**

1.- **Estudio de los EA:**

1.1.- **Incidencia de EA en el periodo de estudio:**



Desde el 1 de enero a 31 de diciembre de 2018, se han analizado 45 eventos o sucesos adversos (según nuestra definición consensuada), lo que representa una incidencia del 3,6% del total de nacimientos (Total de nacimientos en el periodo 1239). Gráfica 1

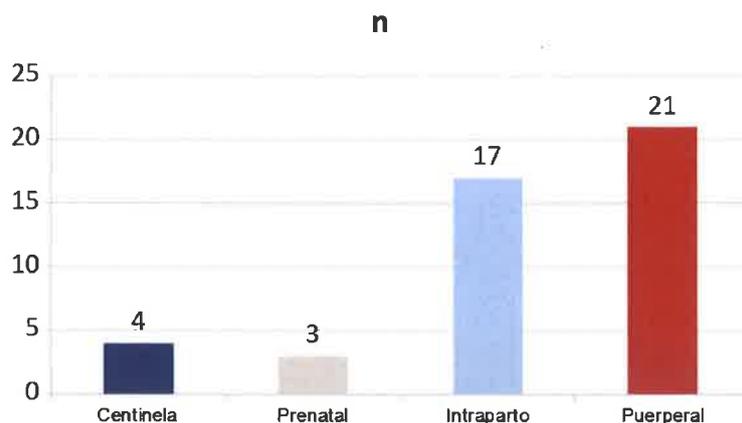
Gráfica 1: Incidencia de eventos adversos en el periodo de seguimiento

La incidencia detectada en nuestra serie parece superior a la publicada por la OMS (1%), pero esto es secundario a la propia definición de EA que hemos implantado.

1.2.- **Relación entre EA detectado/analizado:**

Se realizó el análisis clínico y revisión de evidencia científica en el 100% de los casos detectados (45/45).

### 1.3.- Relación del EA según el periodo gestacional: prenatal/parto/puerperio:



Según nuestra clasificación, la mayor prevalencia (84,5%) de eventos adversos ocurren intraparto y en el periodo puerperal. Gráfica 2

Gráfica 2: Distribución según el tipo de evento adverso

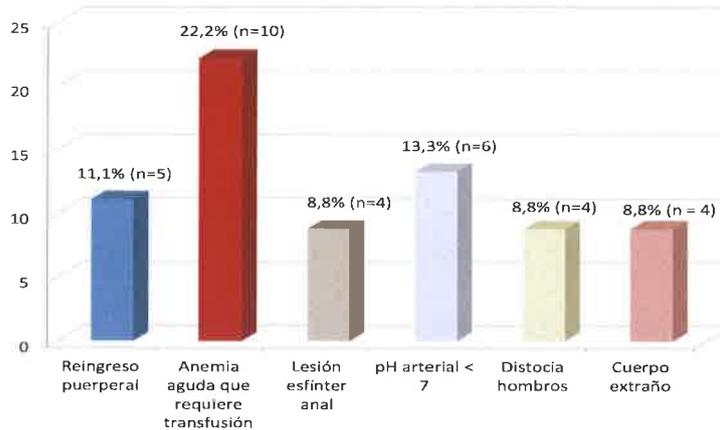
### 1.4.- Principales EA detectados:

La distribución encontrada, fue:

- El 8,8% se correspondían con eventos centinela, concretamente cuerpo extraño intravaginal. No se registró ningún caso de muerte materna o fetal intraparto durante el periodo analizado.
- El 6,6% fueron eventos prenatales: 3 muertes fetales.
- El 37,77% fueron intraparto, los más frecuentes:
  - 29,4% por pH arterial en sangre de cordón < 7
  - 23,5% por distocia de hombros
  - 23,5% por desgarro de 3º y 4º grado del esfínter anal
- El 46,66% fueron eventos adversos puerperales, los más frecuentes fueron:
  - 41,6% anemia severa que requiere transfusión en el puerperio
  - 33,3% reingresos maternos
  - Es de destacar que en el periodo estudiado ocurrieron 2 casos de “eventos neonatales potencialmente letales durante el contacto piel con piel”



En la gráfica 3, podemos observar la frecuencia de los eventos adversos más prevalentes.



En la muestra global, el EA más frecuente fue la anemia severa con necesidad de transfusión en el puerperio precoz, alcanzando 22,2% de la serie. La causa encontrada para la transfusión fue la hemorragia postparto precoz y el parto instrumentalizado.

#### 1.5.- Prevención de EA:

En los eventos adversos tipo centinela, se incluyó el cuerpo extraño en vagina o cavidad abdominal por considerar que significa un grave deterioro de la calidad asistencial ofertada/percibida y que puede ocasionar consecuencias graves para la salud de la mujer (endometritis, etc...). Detectamos, durante el año de aplicación de la estrategia, 4 casos de cuerpo extraño intravaginal (gasas), todos ellos ocurrieron en los 4 primeros meses de implantación. Tras la adopción y difusión de medidas correctoras específicas, en los últimos 8 meses de seguimiento no se detectó ningún otro caso. Así como tampoco durante 2019.

#### 1.6.- Grado de aplicación de nuevos protocolos o actualizaciones:

Tras el análisis detallado de cada caso clínico y la correspondiente revisión bibliográfica basada en la evidencia científica, se procedió a modificar y actualizar protocolos. En otros casos, se remitieron a todo el Servicio recomendaciones. Tras un año de seguimiento hemos observado que el cumplimiento de los nuevos protocolos ha alcanzado el 97,2% tanto por obstetras como matronas.

## 2. Formación continuada:

### 2.1.- Valoración de la actividad (cuestionario incluido en el anexo1):

El 100% de los participantes cumplimentaron el cuestionario de carácter anónimo. El 100% del grupo de obstetras y el 100% del grupo de matronas refirieron sentirse satisfechos con la realización de los Talleres de Simulación.

Al valorar todos los ítems del cuestionario (5 preguntas) la nota media recibida fue del 4,66; siendo la máxima posible de 5. El aspecto peor valorado fue el apartado 5 referente al aula.

## 2.2.- Valoración de conocimientos sobre actuación en la DH (cuestionario incluido en el anexo2):

En el primer ciclo de talleres (realizado en febrero de 2018), previo del inicio de la actividad se entregó a todos los participantes el cuestionario incluido en el anexo 2, solicitándoles que lo respondiesen de modo anónimo con el fin de valorar el grado de conocimiento previo al taller sobre DH. Ese mismo cuestionario se volvió a entregar en el 2º ciclo de talleres.

En la tabla 2 podemos observar los cambios detectados.

	Previo al 1ºTaller	TALLERES	Final talleres
Asistió alguna DH	Si: 97,8%		Si: 97,8%
¿Dónde adquirió los conocimientos sobre distocia de hombros (DH)?	Libros y clases teóricas: 97,4% T. simulación: 2,6%		Talleres simulación: 100%
Actualización sobre DH (últimos 3 años)	Ninguna actualización: 94%		
¿Se siente suficientemente preparado en DH)	<b>No: 94,87%</b>		<b>No: 2,57%</b>
Valoración de conocimientos:			
Tracción cabeza fetal	Mal: 87,1		Mal: 0%
Presión en fondo uterino	Mal: 7,7%		Mal: 0%
En relación a pujos maternos	Mal: 92,3%	Mal: 0%	
Presión suprapúbica	Mal: 89,7%	Mal: 2,56%	
En relación maniobra McRoberts	Mal: 100%	Mal: 2,56%	

Al analizar los resultados obtenidos comparando las encuesta de los 2 periodos, observamos que:

- Muy pocos/as habían asistido a talleres de simulación de emergencias (2,6%). La SEGO recomienda la realización de talleres de simulación al menos una vez al año.

- Previo al primer taller prácticamente todos/as referían “no sentirse suficientemente preparados”, tras la realización de los 2 ciclos de talleres, esa percepción se modificó drásticamente, el 97,4% se autovaloraron como “suficientemente preparados/as para asistir una distocia de hombros”.

### 13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

#### CONCLUSIONES:

- Existe una alta frecuencia de EA en la atención del embarazo/parto/puerperio.
- El parto y el puerperio son los periodos que presentan mayor incidencia.
- El parto instrumental y la intervención de cesárea son los factores de riesgo más frecuentemente asociados.
- Con la revisión clínica y bibliográfica de cada caso y sus correspondientes recomendaciones somos capaces de disminuir la incidencia de EA.
- Los talleres de simulación obstétrica nos permiten mejorar la formación y seguridad de los/as profesionales implicados en el proceso del parto.
- Como grupo consideramos que hemos incrementado la seguridad en nuestro trabajo diario. La seguridad en una doble vertiente: para el proceso del parto y para los/as profesionales implicados.

Dada la alta frecuencia de eventos o sucesos adversos detectada en Obstetricia es fundamental implementar programas diseñados para su detección, análisis e instauración de medidas que disminuyan su incidencia.

- Con la estrategia instaurada en nuestro Servicio pretendíamos:

- Incrementar la calidad y seguridad en proceso embarazo/parto/puerperio.
- Potenciar la formación práctica y teórica de los/as profesionales implicados en el proceso del embarazo-parto-puerperio, aumentando su seguridad y autoestima.
- Potenciar en los/as profesionales el concepto de “mejora continuada”, aprender del posible error.

El diseño, implementación y evaluación de programas de mejora de la calidad y seguridad basadas en el estudio del EA implica un manejo multidisciplinario en diferentes extractos del sistema sanitario, usando muchos tipos de medidas. Todo ello conlleva un gran esfuerzo para el equipo implicado.

El aumento en la complejidad del proceso reproductivo (mayor edad, obesidad, comorbilidades médicas, técnicas de reproducción asistida) y de los sistemas médicos puede hacer que llevar a cabo estos programas sea un reto y que estudiarlos sea aún más difícil, y que conlleve que la calidad y la seguridad sean difíciles de medir; sin embargo, el conocimiento de los principios básicos y las amenazas a la calidad y seguridad pueden ayudar a desarrollar una

estrategia de control de alta confiabilidad, mejorando la calidad ofertada y percibida por la propia paciente.

En nuestro campo es fundamental fomentar el concepto de mejora continua, basada en la mejor evidencia científica disponible y en el aprendizaje práctico en situaciones poco frecuentes pero con alta morbimortalidad.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- World Health Organization. The Research Priority Setting Working Group of WHO Patient Safety: Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Geneva: WHO 2008. (Citado 6/6/2019). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf)
- 2.- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, et al. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín 2004;123:21-5.
- 3.- Seguridad del paciente. OMS, 2018. (Citado 6/6/2019). Disponible en: [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- 4.- World Health Organization (WHO). World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneva: World Health Organization, 2004. (Citado 3/6/2019) Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
- 5.- Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 (Citado 25/6/2019). Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20aprendizaje.%20SiNASP%20%282013%29%20.pdf>
- 6.- Instituto Nacional de Estadística. (Citado 10/6/2019). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1470>
- 7.- Mann S, Pratt S, Gluck P, Nielsen P, Risser D y col. Assessing quality in obstetrical care: development of standardized measures. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(9):497-505.
- 8.- Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. SERGAS (2013). (Citado 28/6/2019). Disponible en: <https://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2253-ga.pdf>
- 9.- Shoulder Dystocia. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2012 (Citado el 12/6/2019) Disponible en: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_42.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_42.pdf)
- 10.- Distocia de hombros. Protocolos asistenciales. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2015. (Citado el 6/6/2019). Disponible en: [https://sego.es/Guias\\_de\\_Asistencia\\_Practica#perinatal](https://sego.es/Guias_de_Asistencia_Practica#perinatal)
- 11.- Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, Wilson LV, Yard LV et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. Obstet Gynecol. 2008 Jul;112(1):14-20

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*