



TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DURANTE EL PARTO.

Lema: BEBES Y MAMAS EN UN ENTORNO DE PARTO SEGURO

RESUMEN

La implantación de un listado de verificación durante el parto, ha conseguido mejorar algunos de los más importantes indicadores de morbilidad tanto en la madre como en el recién nacido.

ABSTRACT

The implementation of a checklist during childbirth has improved some of the most important indicators of morbidity in both the mother and the newborn.

PALABRAS CLAVE

Listado de verificación, parto, indicadores de morbilidad, cumplimiento.

KEY WORDS

Checklist, birth, morbidity indicators, compliance.

El presente estudio ha finalizado en Junio de 2016



Introducción

Todos los años, más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto y casi 4 millones de recién nacidos mueren durante los primeros 28 días de vida (*Estado mundial de la infancia en 2009. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF*).

Según datos de 2005, el riesgo que padecen de por vida las mujeres de los países menos adelantados de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto es 300 veces mayor que en el caso de las mujeres que viven en países industrializados. Y lo cierto es que el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna.^{1,2,3}

No obstante, la salud materna va más allá de la supervivencia de las mujeres embarazadas. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, hay otras 20 que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o que experimentan consecuencias graves⁴.

Según datos referidos a 2004, un bebé nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno que nace en un país industrializado.

En los países industrializados la tasa de mortalidad materna permaneció prácticamente invariable entre 1990 y 2005, en una cifra de sólo 8 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos. Las muertes neonatales en estos países en 2004 fueron de 3 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. El acceso casi universal a una atención por personal cualificado durante el parto y a la atención obstétrica de emergencia cuando se precisa ha contribuido a lograr estos bajos niveles de mortalidad.

La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obstétricas entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos^{5,6,7}.

Cerca del 86% de las muertes neonatales que se producen en todo el mundo son resultado directo de tres causas principales: las infecciones graves, la asfixia y los nacimientos prematuros.

En el mismo año que se publica el informe de UNICEF sobre el *Estado mundial de la infancia (2009)*, que concluye en la urgencia de desarrollar políticas de actuación para mejorar la seguridad del parto y así disminuir la morbi-



mortalidad materna y de los neonatos, **la OMS desarrolló una estrategia para hacer del parto una actuación sanitaria segura**, mediante el desarrollo de un listado de verificación para el nacimiento seguro⁸, cuyo objetivo es asegurar que cada madre y su recién nacido tengan la mejor atención posible durante el parto gracias al uso rutinario de medidas sencillas y contrastadas que proporcionan la mejor atención clínica.

La OMS ya ha utilizado este enfoque en la cirugía cuando publicó en 2008 la Lista de Cirugía Segura, listado utilizado por más de 4.000 hospitales del mundo y que se ha constituido en un instrumento capaz por sí mismo de reducir la morbi-mortalidad del proceso quirúrgico⁹.

El listado de la OMS para el nacimiento seguro ha sido pilotado y los resultados preliminares, sugieren que la introducción de la lista en el parto eutócico aumenta la adhesión a las mejores prácticas y resulta en una mejora de los indicadores seleccionados.

Un equipo de la Escuela de Harvard de Salud Pública está evaluando la efectividad de este listado y ha recibido en julio de 2011 una subvención de 14.1 millones de dólares de la Fundación Bill & Melinda Gates, para desarrollar un estudio de cuatro años que ponga a prueba la eficacia de esta lista en la reducción de la mortalidad y mejorar los resultados de madres y los niños en 120 hospitales en la India.

Justificación

La relevancia del problema, la trascendencia de las cifras, la movilización de recursos que ha habido a nivel mundial y la ausencia de evidencia científica sobre intervenciones programadas para asegurar “partos seguros”, hablan de la importancia de abordar este problema en países industrializados, donde cualquier caso de mortalidad o de morbilidad con secuelas en torno al parto (tanto en la madre, como en el recién nacido) puede considerarse eventos “centinelas” por el impacto social y por la repercusión económica que tiene para el sistema sanitario y para las empresas aseguradoras.

En términos de indemnizaciones por reclamaciones judiciales según varios estudios publicados^{10, 11} las indemnizaciones medias en España por sentencias judiciales en segunda instancia relacionadas con la obstetricia, asciende a 241.969 euros, aunque el coste de daños y secuelas sobre niños afectados con grandes discapacidades (daño cerebral por hipoxia perinatal) pueden ascender a 1.500.000 euros.



Es necesario por lo tanto en nuestro entorno evaluar de forma adecuada si la implantación de un listado de verificación durante el parto modifica una serie de indicadores de morbimortalidad relacionados con la asistencia sanitaria.

Dado que no existe bibliografía sobre la reducción de eventos adversos durante el parto en países industrializados y que la OMS está invirtiendo múltiples recursos en demostrar la efectividad de un listado de verificación para el nacimiento seguro en países en desarrollo, urge abordar este tipo de proyectos con gran impacto socioeconómico.

Cierto es que las cifras de mortalidad materna y neonatal en nuestro entorno no son alarmantes. La tasa de mortalidad perinatal en Madrid por cada 1.000 nacidos vivos estaba en el año 2009 en 3,6, según el *“informe de indicadores clave de la Comunidad de Madrid”*, publicado por el Ministerio de sanidad en noviembre de 2011.

La tasa de mortalidad materna se situaba en España en 2,9 muertes por 100.000 partos en 2006, mostrando una tendencia progresiva al descenso, lo que no debe ocultar el hecho de que las 14 muertes acaecidas en 2006 se deban considerar, desde la perspectiva epidemiológica, como potencialmente evitables.

El Ministerio de sanidad pública en 2007 la *“Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”*, donde recoge explícitamente que las maternidades hospitalarias deben tener un sistema de evaluación y gestión del riesgo, así como de identificación y prevención de eventos adversos.

Hipótesis

Nuestra hipótesis de trabajo se basa en que la implantación de un listado de verificación durante el parto es una herramienta útil que determinará la modificación de una serie de indicadores de morbilidad relacionados con el parto, aumentando la seguridad de nuestras gestantes y sus hijos y la eficiencia del proceso.

Objetivos

Objetivo General

1. Mejorar la calidad del proceso de atención al parto gracias a la implantación de un programa de parto seguro.



Objetivos Específicos

1. Implantar un Listado de verificación durante el parto en el Hospital
2. Auditar la cumplimentación del listado de verificación
3. Analizar una serie de indicadores de morbilidad que demuestren si el programa es eficiente

Material y Método

Se constituyó un grupo de “parto seguro” integrado por Obstetras, Anestesiólogos, Neonatólogos y Matronas. Y coordinado por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del Hospital (UFGRS).

Se evaluó de la cultura de seguridad del paciente en el equipo que atiende un parto (Obstetras, Anestesiólogos, Matronas y Neonatólogos) a través de:

- Modulo formativo avanzado en cultura de seguridad del paciente y de herramientas de gestión del riesgo, dirigido a personal sanitario responsable del parto.
- Desarrollo de un sistema de notificación de eventos adversos y análisis de las causas de los eventos adversos.
- Identificación de acciones de mejora y desarrollo de prácticas seguras en el parto.
- Implantación de las rondas de seguridad con implicación de directivos del hospital.

Se desarrollo en el grupo de trabajo el listado de verificación que contiene 24 medidas de seguridad, estructuradas en tres fases del proceso del parto: **“acogida en dilatación”, “paritorio” y “puerperio inmediato”** donde se recoge por consenso de todos los profesionales con responsabilidad en el transcurso de un parto, aquellas medidas de seguridad que no deben ser olvidadas y que su práctica habitual garantizan la seguridad del proceso asistencial.(VER ANEXO)

Nuestro listado tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación entre el equipo en el curso de un parto. Adoptando de forma sistemática estas medidas de seguridad que consideramos esenciales, se pueden minimizar los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de la gestante y el recién nacido.

El tipo de estudio es de intervención antes-después



La población diana son todos los partos atendidos en el centro en los periodos de estudio elegidos, antes de la intervención primer semestre año 2014 y después de la intervención primer semestre 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Partos vaginales eutócicos e instrumentales, cesáreas con indicación intraparto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Cesáreas programadas.

MUESTRA: para una población diana de 2.000 partos anuales con criterios de inclusión, y una prevalencia esperada del parámetro de estudio desconocida (reducción de eventos adversos relacionados con el parto), donde $p=q=0,5$, se calcula un número necesario de casos de 1.000, teniendo en cuenta una tasa de pérdidas del 20%.

INDICADORES DE ESTUDIO:

Para medir la implantación del programa de parto seguro se van a medir una serie de indicadores en cada una de las actividades que integran el programa:

1.- Implantación de un listado de verificación para el parto:

- % de utilización de listado de verificación
- % de cumplimentación adecuada del listado de verificación

2.-Para medir la eficiencia del programa de parto seguro en la prevención de eventos adversos que podrían estar relacionados con el parto, se van a monitorizar los siguientes diagnósticos en la madre y en el recién nacido al alta (se presentan con codificación CIE9MC):

647 Enfermedades infecciosas y parasitarias que complican embarazo, parto, puerperio (sífilis, Tb, rubeola...)

658.1 Ruptura prematura de membranas.

658.4 Infección de la cavidad amniótica.

672 Fiebre de origen desconocido durante el puerperio

651. Embarazo múltiple

664 Trauma del perineo y vulva durante el período del expulsivo

.0 desgarro primer grado

.1 desgarro segundo grado

.2 desgarro tercer grado

.3 desgarro cuarto grado

.5 hematoma vulvar perineal

665. Otra trauma obstétrico



- .1 Ruptura útero durante el parto.
 - .2 inversión uterina
 - .3 desgarro cérvix
 - .4 desgarro parte alta vagina
 - .6 lesiones articulaciones y ligamentos pélvicos
 - .7 hematoma pélvico
762. Feto o RN afectado por complicaciones de placenta, cordón y membranas.
- .0 Placenta Previa
 - .1 otras forma de hemorragia placentaria
 - .7 Corioamnionitis
773. Enfermedad hemolítica del RN.
- 768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto

Resultados

RESULTADOS 1ª auditoría

- 1.- **Nº de partos:** 81 partos eutócicos, 18 forceps, 4 espátulas
2. **Historias clínicas enviadas por la Unidad de Codificación:**
78 partos eutócicos (faltaban 3 informes)
22 partos forceps+ espátulas
3. **Historias auditadas: 87 historias auditadas**
8 partos de antes de 1 de febrero y alta en febrero
4 historias sin episodio de Obstetricia
1 aborto
4. **Implantación del listado: 90,8%** (79/87) de las historias auditadas tienen el listado de verificación.
5. **Firmas de profesionales:**
 - a. En 11 listados falta la firma de la matrona, en 6 la firma del Obstetra, en 3 la del Neonatólogo y en 2 la del Anestesiólogo.
 - b. En algunos listados firman dos personas en la misma casilla.
 - c. Cuando un profesional no interviene, en la casilla de firma no se punea “no interviene”.
6. **Verificación de preguntas:** se describen las preguntas que menos se verifican.
 - a. Hay partos con valoración de anestesiólogo en fase 1 y no en fase 2.
 - b. Integridad de placenta y membranas en paritorio.

RESULTADOS 2ª auditoría

100% cumplimentación del listado



El número total de partos en el periodo estudiado del 2014 fue de **1486** y en el 2016 fue de **940**

| Diagnóstico | Año 2014 Nº casos | % | Año 2016 Nº casos | % | p |
|-------------|----------------------|-------|----------------------|-------|------|
| 647 | 21 | 1,4 | 10 | 1,1 | 0,94 |
| 658.1 | 306 | 20,59 | 187 | 19,90 | 0,85 |
| 658.4 | 8 | 0,54 | 4 | 0,42 | 0,97 |
| 672 | 5 | 0,34 | 2 | 0,21 | 0-97 |
| 651 | 35 | 2,36 | 22 | 2,34 | 0,99 |
| 664.0 | 314 | 21,13 | 178 | 18,94 | 0,56 |
| 664.1 | 41 | 2,76 | 61 | 6,49 | 0,39 |
| 664.2 | 8 | 0,54 | 3 | 0,32 | 0,96 |
| 664.3 | 2 | 0,135 | 0 | | |
| 664.5 | 1 | 0,067 | 0 | | |
| 665 | 4 | 0,27 | 1 | 0,11 | 0,97 |
| 665.3 | 1 | 0,007 | 1 | 0,11 | 0,97 |
| 665.5 | 1 | 0,007 | 0 | | |
| 665.7 | 1 | 0,007 | 0 | | |
| 665.8 | 1 | 0,007 | 0 | | |
| 762.0 | 0 | | 0 | | |
| 762.1 | 0 | | 0 | | |
| 762.7 | 1 | 0,20 | 0 | | |
| 773 | 36 | 7,14 | 11 | 5,45 | 0,84 |
| 768 | 38 | 7,54 | 19 | 9,41 | 0,80 |

Tabla 1 “Tabla de diagnósticos “

Discusión

Entendemos que la aplicación de una lista por sí sola no es suficiente para mejorar la seguridad de un sistema, a pesar de que ya existe suficiente evidencia científica en otras áreas que respaldan la utilización de los listados de verificación. Pero creemos que si se integra en un proceso de mejora de la calidad, una lista de verificación es una herramienta excelente para ayudar a mejorar. En la medida de que ayuda a estandarizar el proceso asistencial, ayuda a la memoria de los profesionales, y mejora la comunicación y el trabajo en equipo, la lista de verificación es una herramienta de mejora de la calidad que ayuda a reducir la variabilidad de la práctica clínica.



El listado ha sido aceptado por los profesionales implicados en el proceso del parto, en el último corte realizado se ha cumplimentado el 100% de los listados auditados. Creemos que el éxito del proceso radica en que su elaboración ha partido de los propios profesionales, sin existir ninguna imposición por parte de la dirección del centro. Esto ha facilitado la inclusión en el propio listado de aquellos parámetros que los profesionales consideran de relevancia.

El manual de aplicación elaborado por el grupo de trabajo y avalado por la UFGRS sirve de referencia y recordatorio de aquellas actuaciones imprescindibles para reducir el riesgo durante el proceso de parto.

Los indicadores de morbilidad analizados han mejorado en términos cualitativos y cuantitativos.

Conclusiones

Primera.- Se ha conseguido implantar un listado de verificación en nuestro hospital, aceptado por los profesionales implicados en el proceso de parto.

Segunda.- El grado de cumplimentación del listado es excelente.

Tercera.- Los indicadores de morbilidad medidos tanto en la madre como en el recién nacido han mejorado sustancialmente, reduciendo el riesgo de complicaciones y eventos adversos durante el parto.

Cuarta.- El listado de verificación durante el parto es generalizable y adaptable a cualquier institución del área materno-infantil.



Bibliografía

¹ Wessel H. et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoid ability', *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no. 3, marzo de 1999, págs. 225–232

² Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5–11 de marzo de 2005, págs. 864–870;

³ Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, págs. 321–326.

⁴ Nanda, Geeta, Kimberly Switlick y Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banco Mundial, Washington, D.C., abril de 2005, pág. 4.

⁵ Ronsmans, Carine, y Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 de septiembre de 2006, pág. 1193

⁶ Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, no. 1, 1996, págs. 1–10;

⁷ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 10, 62.

⁸ Safe Childbirth Checklist: a tool to help achieve MDGs. www.WHO.org

⁹ Alex B. Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *NEngl JMed* 360;5 nejm.org january 29, 2009

¹⁰ Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A Labajo-Gonzalez E. "Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontología" *Trauma Fund MAPFRE* (2009) Vol 20 nº 4:264-268 265

¹¹ García-Ruiz N, Santiago-Sáez A et al. Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. ~ Estudio específico de la vía penal (1987-2013). *Rev Esp Med Legal*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2016.07.004>