

## 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 

1	2	3	5	0	1	M
---	---	---	---	---	---	---

#### TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

PROTOCOLO “CÓDIGO ROJO” PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ.

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

La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida hemática >500 ml en las primeras 24 horas tras el parto. Es una urgencia obstétrica relativamente frecuente que complica entre el 5-15% de todos los partos. Es la principal causa de mortalidad materna evitable en países de ingresos bajos y causa primaria del 25% de todas las defunciones maternas del mundo.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil de Canarias asiste una media de 4000 partos al año. En nuestro centro, dada la gran cantidad de profesionales implicados en la asistencia de la gestante, así como el gran número de personas en periodo de formación, se ha promovido la implementación de prácticas seguras durante el parto, desarrollando e implementando múltiples estrategias con la finalidad de mejorar la asistencia obstétrica. Así, se ha desarrollada e implementado un protocolo de actuación multidisciplinar ante el diagnóstico de HPP denominado “Código Rojo”.

Destinatarios: personal sanitario implicado en la asistencia de las pacientes con diagnóstico de HPP y todo el personal de nueva incorporación.

#### Objetivo:

1- Instaurar un protocolo de actuación para facilitar los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico, y tratamiento de la HPP.

**2- Garantizar a las pacientes una intervención rápida, homogénea y multidisciplinar para disminuir la morbimortalidad asociada a esta complicación.**

**Organización:** Nuestra área de paritorio está ubicada en un hospital de 3er nivel de atención; en la actividad asistencial están implicados más de 50 matronas, 60 ginecólogos, 20 MIR y EIR en la asistencia obstétrica y manejo de las complicaciones intraparto. El protocolo “Código Rojo” describe las funciones específicas de cada uno de los implicados en la asistencia de dicha complicación, con la finalidad de asegurar una adecuada formación, entrenamiento y coordinación de los profesionales sanitarios de cara a una actuación rápida, reglada y homogénea en este tipo de escenarios.

Para garantizar una adecuada difusión al personal sanitario, se realiza un curso teórico-práctico semestral de simulación impartido por el personal de paritorio en conjunto con el Servicio de Anestesiología, el cual va dirigido a ginecólogos, anestesistas, matronas, auxiliares, celadores, MIR y EIR. Este taller está acreditado por la Comisión de Docencia de nuestro centro y tiene una duración de 10 horas lectivas. De igual manera, durante el horario laboral en el área de paritorio se realizan talleres formativos periódicos y repaso del protocolo para asegurar su conocimiento por la totalidad del personal que trabaja en nuestro Servicio

**Implicación de los profesionales:** personal sanitario del área de Urgencias y Paritorio.

**Implicación familia:** No

**Desarrollo y duración:**

Las sesiones formativas son semestrales. Los talleres formativos periódicos se realizan de forma continua.

**Presupuesto:** N/A

**Evaluación:** La creación e instauración del protocolo “Código Rojo” así como un adecuado entrenamiento periódico han contribuido a mejorar la asistencia de aquellas pacientes con una hemorragia postparto en nuestro centro. El registro de

HPP se empezó a registrar de forma sistemática desde el inicio del protocolo; en el momento actual, la tasa de HPP es del 2,5%

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

PTLO/URG- TG/008 Hemorragia postparto precoz

**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.**



## 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:** 1 2 3 8 0 1 N

#### TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

**CONTACTO PIEL-CON-PIEL SEGURO**

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

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) es el centro hospitalario de referencia para la población del área norte de la isla de Tenerife. El Servicio de Pediatría, Neonatología y Áreas Especiales atiende a la población pediátrica con nacimiento hospitalario de su área de influencia. El programa de contacto piel con piel está implantado para realizarse inmediatamente tras el nacimiento entre madre y recién nacido hace más de dos décadas (implantado durante las primeras 2 horas de vida en paritorio desde 1998), pero se estableció la pauta de no separación madre-hijo durante toda su estancia hospitalaria, a todos los recién nacidos cuyas circunstancias lo permitan, desde el año 2014, eliminándose así la figura clásica del nido.

Son ya ampliamente conocidos y comprobados los beneficios que presenta el contacto piel con piel precoz tras el nacimiento (favorece la estabilidad cardiorrespiratoria, regula la temperatura corporal y la glucemia del recién nacido, promueve el vínculo materno-filial, mejora el inicio, establecimiento y duración de la lactancia materna, disminuye el estrés y riesgo de depresión maternas, ayuda a la colonización del recién nacido por la flora materna, etc), pero este procedimiento ha de llevarse a cabo de forma segura y supervisada para evitar los riesgos que puede conllevar.

Uno de los principales es el *colapso neonatal*, que se define como un evento súbito e inesperado de descompensación cardiorrespiratoria, que sucede en la primera semana de vida, predominantemente en las primeras 72 horas, y especialmente en las primeras dos, en neonatos aparentemente sanos (de >35 semanas de gestación, con APGAR >8 a los 5 minutos de vida y sin incidencias perinatales), que requieren maniobras de reanimación, teniendo como consecuencia una alta morbilidad, llegando a suponer hasta un 50% de mortalidad.

En España, la incidencia de colapso neonatal aumentó 14 veces coincidiendo con la introducción de la práctica del contacto piel con piel. Se han descrito como factores de riesgo la posición en prono del neonato, la mala colocación de la cabeza y el primer intento de agarre al pecho, así como la primiparidad, la obesidad materna, el cansancio materno extremo o la administración de medicación sedante a la madre, el colecho en paritorio, el uso de dispositivos móviles por parte de los padres y la ausencia de supervisión en esas primeras horas postparto.

En dos años (2016-2017), se objetivaron 4 casos en el CHUC de colapso neonatal,

todos ellos mientras realizaban el contacto piel con piel en las primeras 24 horas de vida (2 de ellos con recuperación completa posterior tras maniobras de reanimación avanzadas, uno que precisó hipotermia terapéutica por encefalopatía hipóxico-isquémica con buen desarrollo neurológico posterior y un caso con resultado final de fallecimiento a los 4 días de vida, a pesar de los esfuerzos terapéuticos). Por todo ello, se realizó un estudio exhaustivo de las circunstancias de los pacientes en torno al episodio, así como una revisión bibliográfica del colapso neonatal y los riesgos del contacto piel con piel.

Tras el estudio, se tomó la decisión de instaurar un protocolo para el *contacto piel con piel seguro*, en conjunto con el personal de paritorio (enfermeras, matronas, obstetras), consistente en la vigilancia durante el contacto piel con piel y la primera toma de lactancia materna, con formación para el personal sanitario implicado sobre esta práctica de forma segura y las contraindicaciones de la misma.

Se realizó una guía sobre la información que se debe dar a los padres sobre el contacto piel con piel seguro y se instauró la utilización de herramientas objetivas de evaluación del mismo, con la realización de un check list para monitorizar clínicamente al recién nacido durante las primeras horas de vida.

En el check list se evalúan parámetros clínicos del estado neurológico, hemodinámico y respiratorio del recién nacido (esfuerzo respiratorio, actividad, perfusión, posición, tono y constantes vitales), así como valoración de la primera toma al pecho. Esta evaluación se realiza por parte de las matronas en paritorio durante las primeras horas postparto, cada 30 minutos, hasta que madre e hijo son trasladados a la planta de obstetricia en torno a las 2-4 horas postparto. Esta vigilancia continua en la habitación de planta por parte de enfermería de Maternidad, aunque de forma más espaciada, hasta el momento del alta a domicilio.

Este protocolo fue implantado a finales del 2018, con participación de todos los profesionales – neonatólogos, pediatras, matronas, obstetras -, con muy buena aceptación y cumplimiento por parte del personal de Paritorio y Maternidad, que lo lleva a cabo sin necesidad de personal o coste económico adicionales.

La familia se implica en todo momento del proceso. Asimismo, se instruye a los cuidadores para poder aplicar el check-list de práctica segura del contacto piel con piel para realizarlo ellos mismos en domicilio o durante su estancia en Nidos.

Tras su implantación no se ha descrito en el CHUC ningún episodio de colapso ni muerte súbita neonatal en paritorio ni en la planta de Maternidad, a pesar de continuar durante su estancia, con un contacto piel con piel inmediato, continuo e ininterrumpido entre la madre y su bebé.

La implementación de este programa no ha precisado aporte de presupuesto

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

1. F\_PRN\_39 Registro de control contacto piel con piel
2. IT\_PRN\_05\_ Información-Recomendación a madres
3. IT\_PRN\_13\_ Díptico contacto piel con piel precoz
4. IT\_PRN\_14\_ Posición segura para el contacto piel a piel
5. PD\_PRN\_03\_03\_ Atención postparto madre y RN\_01

**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.**





## 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

1	2	3	8	0	2	N
---	---	---	---	---	---	---

#### TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

EURONEOKISS. “VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO  $\leq 1500$  G”

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

Los prematuros presentan las mayores tasas de infección de entre todos los pacientes pediátricos, siendo la sepsis la más frecuente e importante infección nosocomial. Algunas investigaciones han revelado que un registro continuo de las infecciones, la comparación de su frecuencia y el análisis de los datos (vigilancia) pueden hacer una contribución significativa a la reducción de las infecciones nosocomiales.

El objeto del estudio es la prevención de infecciones nosocomiales mediante el suministro de los datos para la toma de decisiones. Dado que la mayoría de las infecciones nosocomiales afectan a prematuros con un peso al nacer menor o igual a 1.500 g, la vigilancia se limita a este grupo de pacientes.

La función principal es proporcionar definiciones y especificaciones necesarias para la prevención de la sepsis nosocomial. De esta manera se normalizan la recogida y análisis de datos, con el fin de facilitar la información de referencia para la garantía de la calidad interna.

Las bases para la recogida y cumplimentación del protocolo de vigilancia son, entre otros, las especificaciones recogidas en el sistema del National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de los EE.UU.

El protocolo de vigilancia es prospectivo y se dirige a neonatólogos, enfermeras neonatales de cuidados intensivos, así como a expertos (epidemiólogos del hospital) y enfermeras de higiene hospitalaria que deseen participar en la vigilancia.



- **Criterios de inclusión:** cualquier bebé nacido vivo admitido en la unidad, cuyo peso al nacer es inferior o igual a 1.500 gramos.
- **Criterios de fin de vigilancia:** si paciente alcanza los 1.800 gramos, cuando es dado de alta de la unidad neonatal, cuando es transferido a otra unidad u otro hospital o cuando fallece.
- **Se recogerán los siguientes datos:** Formulario de Progreso del Paciente. Formulario de Datos Generales del Paciente. Formulario del Episodio de Sepsis.
- **Tasas que se recogen en el informe:** tasa de aplicación de dispositivo/s, tasa de aplicación de antibiótico, tasa de infección asociada a dispositivo, densidad de incidencias y tasa de sepsis estandarizada.

Los resultados se incluyen en un Informe Anual de EuroNeoNet. Los datos de la unidad se describirán usando los de referencia, calculados y comparados con los datos de cada unidad al final de la recogida anual. Dada la importancia fundamental del factor de peso al nacer para el desarrollo de infecciones nosocomiales se calculan todas las tasas mencionadas (excepto la tasa de infección estandarizada) estratificando por el peso al nacimiento y edad gestacional.

El sistema de vigilancia consiguió disminuir un 36% la densidad de incidencia de sepsis nosocomial (3,04 por cada 1000 días estancia) y un 60% la tasa de sepsis asociada a catéter (8,1 por el total de días de uso de catéter).

La infección nosocomial es el efecto adverso más frecuente de la atención sanitaria. En Neonatología hablamos de un paciente frágil donde la sepsis supone un gran riesgo de mortalidad y de morbilidad. La prevención es una actuación prioritaria para garantizar la seguridad del paciente. Para ello los sistemas de vigilancia suponen una herramienta fundamental.