



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)

0 1 0 0 1 1 M

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA: IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS PARA LA ATENCIÓN EN EL PARTO, PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO.

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

Ámbito. Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Comunidad Autónoma País Vasco.

Destinatarios. Mujeres, recién nacidas/os y familiares durante el periodo del proceso asistencial gestación, parto, puerperio (G.P.P)

Implicación de los profesionales. Desde el 2014 existe un equipo corporativo de seguridad en el proceso (G.P.P) en el que participan, matronas, ginecólogos, pediatras y enfermeras pediátricas de las áreas asistenciales y de diferentes niveles de gestión. En el desarrollo de los objetivos, acciones y aplicación de buenas prácticas, se ha tenido en cuenta el análisis y gestión del riesgo de forma reactiva o proactiva, detectando las oportunidades de mejora, la realización de acciones correctoras para la disminución de eventos adversos posteriores de forma efectiva y sostenible.

Organización. El equipo corporativo establece y propone a su vez la generación de grupos de trabajo multidisciplinares para el consenso y definición de una serie de protocolos o procedimientos corporativos, que tras su validación se despliegan e implantan y evalúan en las organizaciones de servicios y a nivel corporativo.

Implicación de pacientes y familiares.

- En la identificación, guardia y custodia de los recién nacidas/os.
- En el cumplimiento de los derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario relacionadas con el proceso asistencial (G.P.P)

- Corresponsabilidad en la toma de decisiones debidamente informadas.
- Autocuidados de la mujer y cuidados del recién nacido/ a.

Objetivos

Incrementar la Seguridad del proceso (G.P.P) para minimizar riesgos.

- Desarrollar pautas de actuación ante posibles eventos adversos y sucesos centinela.
- Gestión de los eventos graves una vez que han sucedido, apoyo a las víctimas, familia y profesionales.
- Garantizar y promover la comunicación entre profesionales.
- Participación de las mujeres y familiares en el proceso (G.P.P).

Acciones desarrolladas

- Evaluación y revisión del protocolo de **Seguridad en la Atención al recién nacido** y del folleto “No me dejéis solo” (2014).
- Protocolo de **Atención al RN sano en el parto-puerperio en los ámbitos de atención hospitalaria y atención primaria.**
- Protocolo para la **Atención al Puerperio en el ámbito hospitalario y protocolo de Atención al Puerperio en el ámbito de atención primaria.**
- Protocolo de **Alimentación del recién nacido.**
- Protocolo para la **Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario.**

Despliegue e implantación de los nuevos protocolos para profesionales de las organizaciones con Servicios de Atención Materno-Infantil:

- <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/eu/salud-apoyo/seg-clinic/seguridad-parto-puerperio/Orriak/Puerperio.aspx>

Difusión de dichos protocolos para las mujeres embarazadas, mujeres que hayan dado a luz y

familias, en medios de comunicación, con el apoyo institucional del Departamento de Salud y Osakidetza:

- <https://www.euskadi.eus/informacion/embarazo-parto-y-posparto/web01-a3embar/es/>

Evaluación

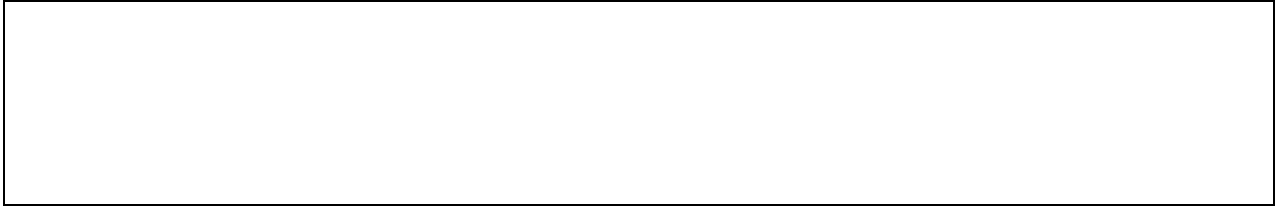
Se están desarrollando diferentes formularios en la historia clínica digitalizada para la recogida de la información y su posterior explotación.

En la actualidad disponemos de una serie de indicadores que se extraen de los sistemas de información disponibles.

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

- Seguridad en la atención al recién nacido.
- Atención al RN sano en el parto-puerperio en los ámbitos de atención hospitalaria y atención primaria.
- Atención al Puerperio en el ámbito hospitalario y protocolo de Atención al Puerperio en el ámbito de atención primaria.
- Alimentación del recién nacido.
- Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario.
- Presentación PowerPoint

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 (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

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

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:
Unidad Puerperio Inmediato Postcesárea (URPA en el contexto de la seguridad clínica del recién nacido/a en partos y cesárea).

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres):

La Unidad Puerperio Inmediato Postcesárea (UPIP) consta de 9 paritorios, un quirófano accesible rápidamente desde cualquiera de ellos y una URPA específica para Partos, para que todo el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato se realice en un mismo espacio.

DESTINATARIOS: embarazadas, acompañantes, recién nacidos/as (RN), la organización y la ciudadanía.

OBJETIVOS: prestar los cuidados necesarios a la mujer y al RN, controlando el estado físico y psico-emocional materno, bienestar fetal, previniendo posibles complicaciones y favoreciendo la adaptación madre/hijo/pareja, el vínculo afectivo y el inicio precoz de la lactancia para favorecer el contacto piel con piel (CPP).

ÁMBITO Y ORGANIZACIÓN: la Organización Sanitaria Integrada Donostialdea de Osakidetza cuenta con un Hospital Universitario y 33 centros de salud, un ámbito de actuación de 400.000 de población referente y más de 7.000 profesionales. El número total de partos en este hospital es alrededor de 3000.

DESARROLLO(anexo1):

1. Obra: Se habilitan 3 paritorios más de los existentes (principios de 2019).
2. Todos los paritorios disponen de un ordenador, donde cada profesional tiene acceso y registra en la historia clínica informatizada la evolución de todo el proceso, y una monitorización central externa donde se visualiza el CTG de cada paritorio.
3. Las actividades son las propias de una Unidad de Reanimación, realizadas por la matrona referente desde el ingreso: control del dolor, vigilancia de sangrado, monitorización de ctes, inicio de la lactancia materna, controles al RN...
4. Tras el puerperio inmediato, se revalora el estado de la mujer y bebé. Se retira el catéter epidural, la monitorización y se traslada a la planta de maternidad a la madre y al RN juntos en la cama, manteniendo la cabecera incorporada 30-45 grados para garantizar el contacto visual de ambos durante el traslado. El CPP se aconseja que sea inmediato con la madre, ininterrumpido y prolongado durante las dos primeras horas después del nacimiento ya que aumenta el bienestar físico, mental y emocional de ambos. El RN se halla en un estado de alerta tranquila (periodo

sensitivo), en el cual sobrevienen acontecimientos claves para un desarrollo óptimo; si se interrumpe el contacto, aunque sea durante unos minutos, el proceso puede alterarse. Garantizar el CPP del RN a término y/o pretérmino que esté sano y estable, con su madre o, si no fuera posible, se realizará con el/la acompañante cercano designado por ella y que la acompañará en la UPIP.

5. Humanización: cada paritorio tiene nombre de un río guipuzcoano, algo identificativo de nuestros/as pacientes.
6. Difusión a ciudadanía: además de las vías tradicionales de comunicación, debido a la situación generada por la COVID; creación de un blog con un catálogo de cursos e información relevante (anexo2) (junio 2021).

DURACIÓN: La obra fue a principios de 2019 implementándose desde entonces.

IMPLICACIÓN DE PROFESIONALES Y PACIENTES/FAMILIARES: El grupo de profesionales implicados/as es multidisciplinar: matronas, ginecólogos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, celadores/as, personal en formación, personal administrativo... además de grupos concretos en el tema: Comité de Seguridad Ginecología y en mayo de 2020 se crea una Comunidad de Práctica de Embarazo, Parto y Puerperio donde también se incluye la Dirección, la Unidad de Gestión del Conocimiento y personal jurídico y de organización.

EVALUACIÓN: Aumento satisfacción pacientes, profesionales y mayor seguridad (anexo3).

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

Anexo 1: [circuito del parto OSI Donostialdea](#)

Anexo 2: [Catálogo de cursos en la web de la Comunidad de Práctica de Embarazo, Parto y Puerperio](#)

Anexo 3: Beneficios

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)

0	1	0	0	3	1	N
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

TRABAJANDO EN EQUIPO POR LA SEGURIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS PARA REDUCIR LA SEPSIS NEONATAL

ÁMBITO DE IMPLEMENTACIÓN

Esta buena práctica se ha puesto en marcha en la Unidad Neonatal (UN) del Hospital Universitario Cruces. Esta unidad está clasificada como 3C y atiende a pacientes de gran complejidad dado que es un centro de referencia en la Comunidad Autónoma Vasca para grandes prematuros, cardiopatías y otras malformaciones congénitas graves. Se atienden recién nacidos (RN) complejos de múltiples patologías destacando la atención neonatal urgente como CSUR de Metabolopatías hereditarias y Red de Referencia Europea para este grupo de Enfermedades Raras.

Entre las iniciativas desarrolladas para mejorar la seguridad del paciente neonatal destacan los esfuerzos realizados en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria porque son complicaciones evitables. Se han puesto en marcha buenas prácticas para reducir la sepsis neonatal y especialmente la sepsis por Catéter Venoso Central (CVC), ya que es una causa frecuente y prevenible.

La sepsis neonatal continúa siendo una causa importante de mortalidad y morbilidad en los RN. Supone la mitad de las muertes neonatales durante la segunda semana de vida y puede asociar complicaciones múltiples que implican un aumento de la estancia hospitalaria del 30% y un incremento de la morbilidad. Además, puede originar consecuencias adversas a medio y largo plazo que impactan de forma negativa en el desarrollo neurológico, función pulmonar y crecimiento.

La sepsis por CVC se presenta en neonatos con más de 72 horas de vida o más de 72 horas de ingreso en la UN que son portadores de CVC o que lo han portado en las 48 horas anteriores al inicio de los síntomas de la infección y sin evidencia de infección localizada en otro lugar o infección primaria.

DESTINATARIOS

Los RN ingresados en la UNN que presentan enfermedades graves y precisan CVC son los principales destinatarios de esta iniciativa. Dentro de este grupo de neonatos destacan especialmente los grandes prematuros y los RN sometidos a cirugía cardíaca, otras cirugías por malformaciones congénitas complejas y graves y RN afectados por enfermedades raras como metabopatías o patologías renales que precisan hemofiltración, hemodiálisis y otros procedimientos invasivos. Los RN prematuros, especialmente los de muy bajo peso natal, presentan un alto riesgo de infección y de sepsis por diversos factores intrínsecos entre los que destaca la inmunosupresión, la inmadurez de la piel y la necesidad de múltiples dispositivos invasivos para soporte respiratorio, hemodinámico, antibioterapia, etc. Además, destacan otros factores extrínsecos dependientes del lugar de inserción del catéter, tiempo de pertenencia y tipo de material del catéter, así como la habilidad y destreza del personal sanitario en la inserción y mantenimiento del catéter.

Se establecieron medidas dirigidas al equipo interdisciplinar de profesionales que atiende a estos pacientes y a las familias.

OBJETIVOS

El objetivo principal es la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) y la reducción de la bacteriemia a CVC en la UN para conseguir Bacteriemia Zero.

Acciones acometidas para conseguir el objetivo principal:

- Iniciativas para la prevención de las IRAS y reducción de la bacteriemia asociada a CVC en RN de muy bajo peso, menores de 1.500 g.
- Formación de un equipo multidisciplinar con la implicación de todo el personal de la unidad con definición de referentes y equipo coordinador.
- Elaboración de un protocolo de actuación para la implementación de medidas específicas a nivel de higiene adecuada de manos, uso de antisépticos, medidas barrera, manejo higiénico de CVC y retirada de los CVC innecesarios.
- Evaluación periódica de los cambios realizados mediante un sistema de vigilancia y diversas medidas para el personal sanitario.
- Análisis de los resultados de diversos indicadores como tasa de incidencia por 1.000 días de estancia, tasa de sepsis asociada a catéter (CVC+CVP) por 1.000 días de catéter total y tasa de sepsis asociada a CVC por 1.000 días de CVC n RN prematuros de muy bajo peso natal.

- Comparación de los datos con otros hospitales y unidades neonatales de similar nivel de complejidad en España mediante la participación en el Estudio Multicéntrico NeoKissEs que evalúa los Indicadores del Sistema de Vigilancia de la Sepsis Nosocomial y elabora un informe comparativo.
- Difusión de los resultados en reuniones científicas para compartir la experiencia y mejorar el conocimiento.

ORGANIZACIÓN

Se organizó un grupo de trabajo liderado por la Jefa de Sección de la UNN, Dra. Lourdes Román, y por la enfermera clínica, Rosa M^a Rodríguez, que, junto con la supervisora, Susana Tato, y otros miembros del equipo médico y de enfermería realizaron un análisis de la situación y elaboraron los objetivos y plan de acción. Este equipo coordinador estaba constituido por neonatólogas, enfermeras, auxiliares de enfermería. Se consideró muy importante implicar a todo el personal de la UNN, por lo que se establecieron referentes en cada turno y reuniones periódicas. Se revisó el protocolo de actuación previo con análisis detallado de los procedimientos de cuidado de CVC y se elaboró un nuevo protocolo de actuación. En este documento se describieron los procedimientos de inserción, manejo y retirada de los CVC, utilizando guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica que han demostrado ser eficaces para la prevención de la infección. Además de la revisión bibliográfica, se contactó con responsables de otras unidades neonatales para valorar y comparar los procedimientos realizados en otros centros y establecer un protocolo de actuación que se pudiera implementar en la práctica clínica.

La UNN de HU Cruces (HUC) dispone de diversas iniciativas de prevención de la infección nosocomial en los RN y analiza anualmente los datos relativos a las sepsis asociadas a CVC. Esta vigilancia se realiza en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva, Infectología Pediátrica, la Unidad de Epidemiología de HUC y el grupo de investigación de neonatología del Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia. Este equipo ha mantenido una responsabilidad directa en el proyecto NeoKissEs que se lidera y coordina desde este centro.

IMPLICACIÓN DE PROFESIONALES

Desde la Jefatura del Servicio de Pediatría y la Jefatura de Sección de la UNN/Perinatal se han establecido desde 2012 numerosas iniciativas y proyectos para favorecer la inseparabilidad del binomio madre-hijo y mejorar la calidad asistencial a los RN. Estos

proyectos han contado con la participación y entusiasmo de todo el equipo médico y de enfermería, tanto de la UN como de las plantas de maternidad y el área de partos. Se han puesto en marcha numerosas medidas innovadoras en la atención a los RN en el área de partos para facilitar el proceso adaptativo y responder a los problemas de salud, en la atención integral a RN prematuros tardíos en las plantas de maternidad junto a sus madres, elaboración de protocolos consensuados de atención multidisciplinar junto a las familias, implementación de ciertos procedimientos en el área de partos como oxigenoterapia de alto flujo en área de partos, fototerapia en plantas de maternidad, etc. Estas medidas han facilitado desde el año 2012 la disminución continuada de las tasas de ingreso de los RN en la UNN (6,08% en 2019), la más baja de todas las UNN de la CAV y una de las más bajas a nivel estatal, modificando el índice ocupacional y, con ello, el riesgo de infección nosocomial.

La implicación de los profesionales en las iniciativas para aumentar la seguridad de los RN hospitalizados y reducir las infecciones ha sido excelente. En el desarrollo de estas buenas prácticas clínicas para reducir las sepsis por CVC que se iniciaron en 2019 y se desarrollaron en 2020 ha colaborado todo el equipo médico y de enfermería de la UNN. Se ha planteado una participación muy directa de los profesionales con la definición de responsables o referentes en cada turno lo que ha facilitado el interés del equipo y el éxito de la implementación de estas medidas.

IMPLICACIÓN DE PACIENTES/FAMILIARES

La atención a los RN ingresados se realiza junto a los padres y madres que juegan un papel muy activo en el cuidado de sus hijos e hijas. El equipo de enfermería ha recogido la opinión de las familias y les ha implicado directamente en promover las medidas necesarias para una correcta higiene de manos y de las medidas barrera para prevención de la infección, así como de la manipulación de los catéteres y apósitos cuando mueven a sus hijos e hijas. Esta unidad está abierta las 24 horas del día y los padres utilizan múltiples medidas para favorecer el apego como el método canguro en todas las salas de la unidad incluso en los pacientes más críticos ingresados en alguna de las 12 camas de UCIN.

DESARROLLO

- Elaboración del protocolo de actuación con la descripción de los procedimientos de inserción, manejo y retirada de los CVC mediante textos explicativos e imágenes.
- Medidas preventivas específicas para mejorar la higiene de manos, tanto para el personal sanitario como para las familias. Esta medida se considera la principal

herramienta para la prevención y control de las infecciones nosocomiales y tiene una eficacia probada para evitar la transmisión de microorganismos del personal sanitario al paciente.

Acciones:

- Acción formativa a todo el personal de la unidad por el equipo del Servicio de Medicina Preventiva.
 - Observación de los momentos para la higiene de manos de los profesionales por el Servicio de Medicina Preventiva.
 - Observación de los momentos para la higiene de manos de los padres por el equipo de enfermería.
- Protocolos sobre el uso de clorhexidina para mejorar las medidas de asepsia.

Acción: Se establecieron las recomendaciones claras sobre la limpieza en función de la edad gestacional. De forma general, se hace la limpieza de la zona con un jabón neutro, no oleoso. En grandes prematuros (< 28 semanas) se utiliza agua estéril.

- Fortalecer las medidas preventivas tipo barrera.

Acciones:

- Preparación de los profesionales que participan en los diferentes procedimientos relacionados con los CVC en pacientes neonatales. Tanto del personal sanitario que contiene al neonato como del personal sanitario volante.
 - Elaboración de un cuestionario (check-list) para la comprobación de las medidas establecidas respecto a la utilización de campos estériles amplios, jeringas precargadas 10 ml, carro de inserción de CVC. El personal de enfermería, tanto habitual como volante, cumplimentan dicho formulario de comprobación.
 - Elaboración de un póster disponible en la UNN que contiene de forma gráfica las recomendaciones para la preparación de los profesionales que participan en los diferentes procedimientos relacionados con los CVC en RN ingresados.
- Coordinación interdisciplinar para conseguir un manejo higiénico de los CVC y la manipulación mínima de los CVC y de las vías venosas periféricas.

Acciones:

- Acuerdo con el Servicio de Farmacia y revisión por la farmacéutica dedicada a la UNN para la preparación estéril en los equipos correspondientes de las perfusiones, medicaciones y nutriciones parenterales que precisan los RN

para reducir la manipulación de las medicaciones y vías venosas.

- Cambio en los tipos de bioconectores utilizados.
 - Pase de visita diario entre el equipo médico y el de enfermería con valoración de cada niño de forma individualizada para conseguir una reducción en la manipulación de las vías y una mejora de la conciliación de las medicaciones.
 - Registro en la historia electrónica de los cambios de apósitos y de las incidencias relacionadas con los catéteres y vías por parte del personal de enfermería.
- Valoración multidisciplinar para la retirada precoz de los CVC, así como de la duración y tipo de tratamiento antibiótico.

Acciones:

- Se realiza el pase de visita diario con todo el equipo multidisciplinar encargado de la atención al paciente y se comenta de forma conjunta la necesidad o no de mantener el CVC, sopesando beneficio-riesgo y la necesidad de mantener el tratamiento antibiótico. Ha participado todo el equipo asistencial que está implicado en la importancia del buen manejo del CVC en este grupo de pacientes muy vulnerables.
 - Coordinación con el equipo de Medicina Preventiva e Infección Pediátrica para la optimización del uso de antibióticos y participación en las iniciativas hospitalarias tipo PROA y Bacteriemia Zero.
- Participación en el sistema de vigilancia de infección nosocomial NeoKissEs.

Acciones:

- Colaboración con el equipo responsable de este sistema en el Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia que realiza una labor de coordinación, recogida y análisis de datos de los RN de muy bajo peso (menor 1.500 g.) de 50 hospitales y 14 CCAA.
- Análisis de los indicadores recogidos en la UN del HUC y revisión comparativa de los datos respecto a los años anteriores y a otros centros.

DURACIÓN

Esta iniciativa se puso en marcha el día 1 de enero del 2019, finalizando la recogida de datos para la última comparativa del Sistema de Vigilancia NeoKissEs el 31 de diciembre de 2020. Las medidas implementadas se mantienen y se han divulgado en el hospital para su aplicación en otras unidades de críticos y en reuniones científicas para su utilización en otros centros de la CAV y de toda España

PRESUPUESTO

El proyecto no ha contado con un presupuesto adicional y las buenas prácticas se han incorporado a la atención clínica habitual. La capacitación del equipo, las medidas para conseguir el reto de la reducción de la infección nosocomial y la implementación en la rutina diaria de la monitorización de los CVC se ha realizado dentro de las iniciativas de formación profesional y mejora de la calidad asistencial establecidas anualmente en el Servicio de Pediatría.

EVALUACIÓN

Se han revisado los indicadores más relevantes relacionados con la sepsis neonatal y se han comparado los resultados con años previos. Destaca la reducción significativa de las tasas de incidencia por 1000 días de estancia, tasas de sepsis asociadas a catéteres vasculares totales (CVC + CVP) (por 1.000 días de catéter) y tasas de sepsis asociadas a CVC (por 1.000 días de CVC) del año 2020 en el que se han desarrollado estas buenas prácticas clínicas (representadas en la tabla).

	2018	2019	2020
Tasa de incidencia x1000 días de estancia	11,28 (6,79-17,61)	7,17 (3,92-12,03)	2,5 (0,6-5,0)
Tasa de sepsis asociada a catéter (CVC + CVP) x1000 días de catéter total (CVC + CVP)	24,39 (13,65-40,23)	10,55 (4,82-20,03)	6,8 (1,7-13,6)
Tasa de sepsis asociada a catéter vascular central (CVC) x1000 días de CVC	28,63 (15,25-48,97)	13,4 (5,82-26,58)	6,4 (0-15,9)

Además, destaca que esta UN está reconocida como 3C a nivel estatal lo que implica una mayor complejidad de los pacientes, menor edad gestacional y menor peso al nacimiento en comparación con unidades 3B o 3A. En el análisis comparativo de resultados de esta UN con las otras 49 UN y las 9 3C que participan en NeoKissEs para RN de muy bajo peso (menor 1.500 g.), destaca que en 2020 el HUC (centro nº 47) presenta los mejores resultados de toda España en unidades 3C como se puede comprobar en el informe y en los siguientes gráficos.

Razón estandarizada de SN (SIR) estratificada por nivel asistencial.

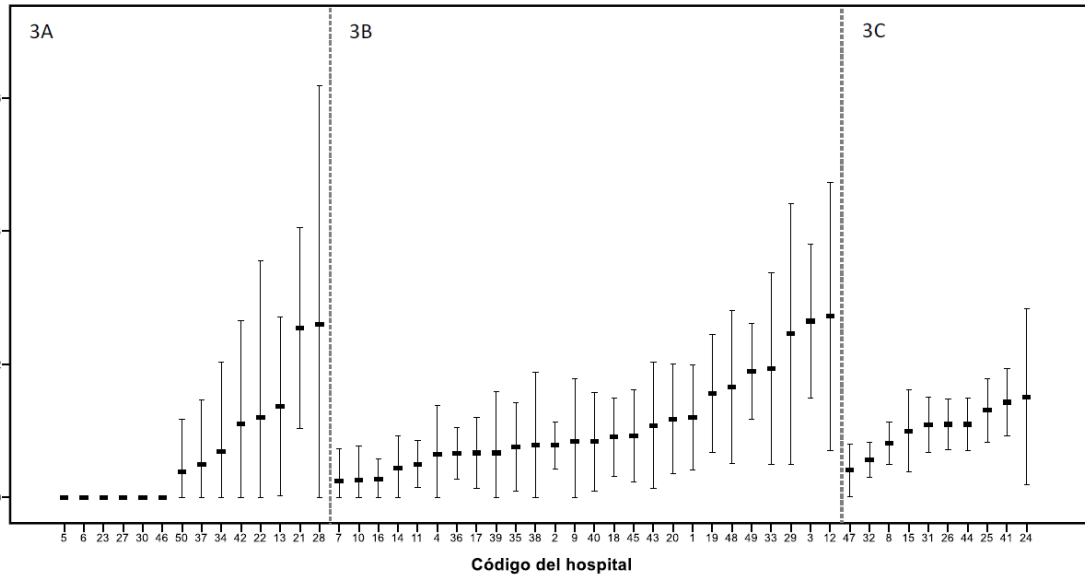


Figura 27. Razón estandarizada de SN total estratificada por nivel asistencial.

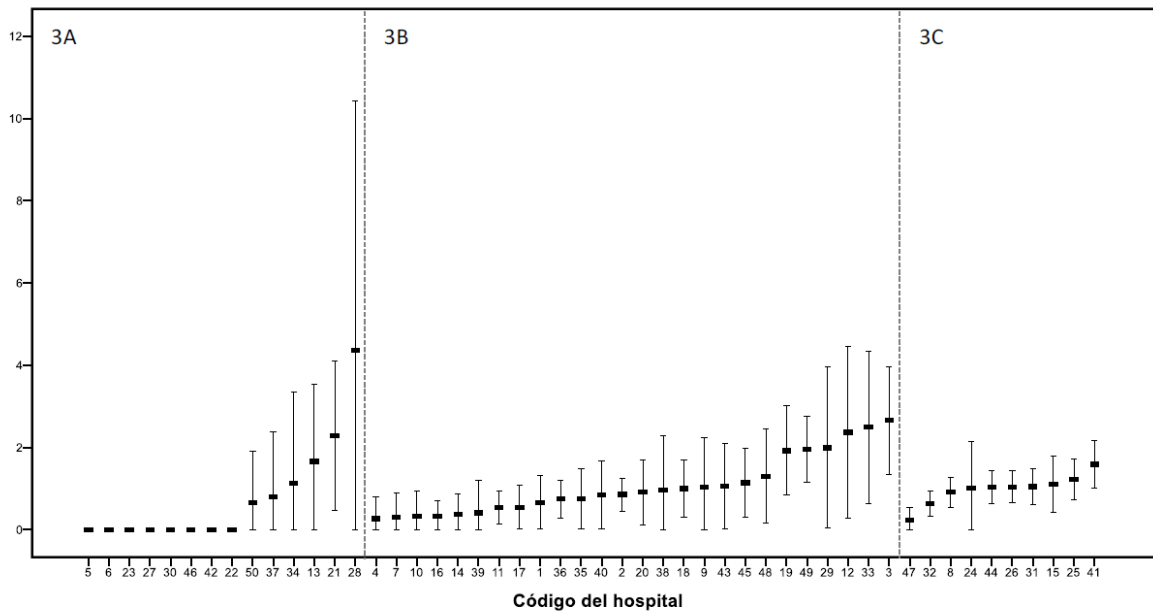


Figura 28. Razón estandarizada de SN asociada a CVC estratificada por nivel asistencial.

En el grupo mayoritario de RN con muy bajo peso, entre 1.000 y 1.500 g., los resultados de tasa de sepsis neonatal asociada a catéteres vasculares son muy bajos como se observa en el gráfico y es la unidad 3C con menor tasa si se compara con otros centros españoles del mismo tipo.

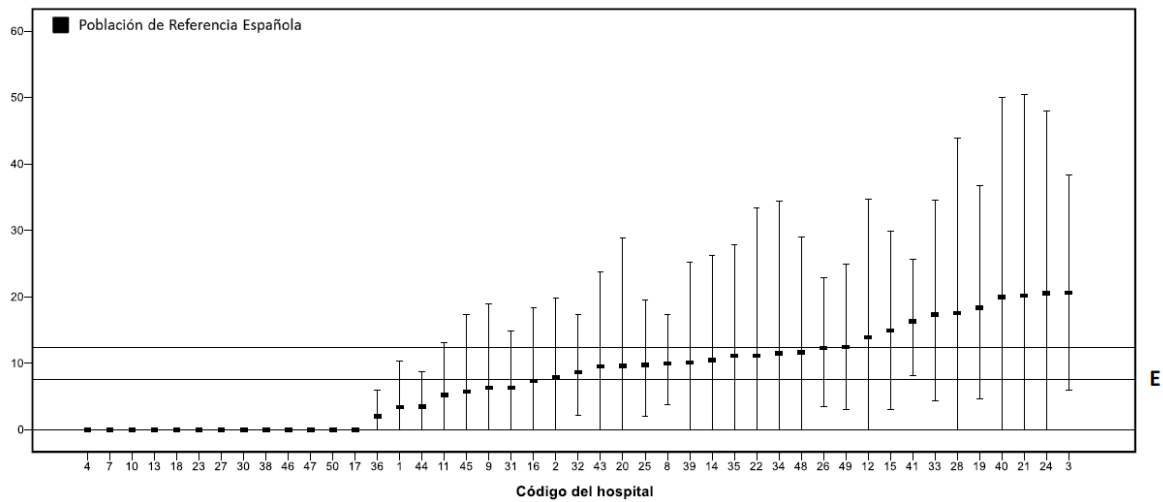


Figura 33. Tasas de SN asociada a catéteres vasculares e IC del 95% en el grupo de 1.000-1.500g de peso al nacer.

Las líneas negras corresponden al P₂₅, mediana y P₇₅ de la población de referencia española.
 Nota: Las unidades con 5 o menos pacientes incluidos en esta franja de peso no son representadas en el gráfico.

Consideramos que esta buena práctica realizada en 2020 que ha conseguido la reducción significativa de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y reducción de las sepsis asociadas a catéter tiene un impacto importante para la salud de los RN que precisan hospitalización. El beneficio de estos datos conseguidos a nivel local en HUC nos parece significativo teniendo en cuenta los resultados publicados en el informe NeoKissEs 2020 en el que se observó que, de los 428 episodios de sepsis recogidos de forma global, el 92,3% se asociaron a catéter vascular, tanto central como periférico. Un 90,9% de los episodios asociados a catéter se asociaron a CVC y un 9,1% a CVP.

Además, consideramos que la reducción de estas IRAS tiene un impacto importante en la mortalidad de los RN grandes prematuros. En el informe de NeoKissEs del año 2020 destaca una mortalidad del 6,8% de los RNMBP durante el periodo de vigilancia siendo la tasa de mortalidad del 12,1% en los pacientes que presentaron sepsis frente al 5,6% en la población sin sepsis. Estas diferencias observadas alcanzaron significación estadística (Test χ^2 , p_valor < 0,001). En los datos de HUC destaca la disminución progresiva de las tasas de infección, con la menor incidencia en comparación con Unidades Neonatales del mismo Nivel y presentando este año la misma incidencia que los datos reportados por Unidades líderes en Alemania. Además, consideramos un valor añadido, que el proyecto se ha mantenido en este año de pandemia en el que nuestra Unidad no ha modificado ningún programa asistencial, procedimientos o traslados a nuestra Unidad de RN de otros hospitales.

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

- Informe NeokissEs 2020.pdf

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	1	0	0	0	1	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)

0	1	0	0	2	2	N
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ HOSPITALARIA TRAS PARTO DE BAJO RIESGO

CONTENIDO DE LA PROPUESTA

ÁMBITO, DESTINATARIOS:

En la unidad Materno-infantil de la OSI Araba se ha instaurado el programa de Alta Precoz en marzo de 2020. En el desarrollo del programa participan obstetras, matronas, enfermeras de la unidad de hospitalización de maternidad y neonatólogos.

OBJETIVOS Y DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El retorno al domicilio tiene un impacto positivo en relación a la seguridad asistencial de la madre y del RN.

El programa de alta precoz tras parto normal tiene como objetivo garantizar la salud de la madre e hij@ durante el puerperio reduciendo su estancia hospitalaria, centrándonos en las necesidades de las familias de manera personalizada, favoreciendo el descanso de la madre, la reincorporación a su entorno y empoderando a la familia en los cuidados postnatales, garantizando los cuidados y aumentando la satisfacción de nuestras usuarias tal y como queda reflejado en el “Protocolo de Atención al Puerperio en el Ámbito de Atención Hospitalaria de Oskidetza”.

Para poder desarrollarlo de forma segura, se definieron unos criterios de alta hospitalaria precoz claros, incluyendo mujeres con gestación y parto de bajo riesgo (que han adquirido competencias adecuadas en la alimentación y cuidados de su hij@) y recién nacidos aparentemente sanos, garantizando el cribado precoz de enfermedades asintomáticas prevalentes y el seguimiento tras el alta.

El desarrollo de este programa al inicio de la pandemia permitió además minimizar el riesgo de contagio al reducir la estancia hospitalaria de las familias y permitir dejar más habitaciones individuales al reducirse la ocupación.

El programa está dirigido a: madres sanas, tras parto eutócico, con un embarazo y puerperio inmediato normales, sin enfermedad mental ni riesgo social, con recién nacidos sanos a término, con peso adecuado y sin riesgo metabólico ni infeccioso, que hayan cumplido las 24h de vida.



Personal implicado:

Los ginecólogos realizan una preselección en función de los criterios maternos y ofrecen a las familias la posibilidad del alta precoz.

Las enfermeras de la unidad de hospitalización de maternidad valoran la competencia de los padres en los cuidados del recién nacido y el establecimiento de una lactancia/alimentación adecuada.

El neonatólogo, tras la exploración del recién nacido, valora si puede irse de alta precoz

Las familias candidatas, finalmente deciden si quieren irse o no de alta precoz

En la consulta de maternidad, a las 24 horas tras el alta: el neonatólogo valora al recién nacido, valora junto a la matrona la lactancia, y ésta realiza las pruebas de cribado metabólico y control de bilirrubina si precisase.

Tras la consulta de maternidad se les ofrece la posibilidad de valorar esta atención en una encuesta de satisfacción anónima a la que acceden a través de un QR.

Resultados: Desde el 18 de marzo de 2020 al 28 de junio de 2021 se han dado 578 altas precoces lo que supone un 28% de los 2047 partos atendidos en ese periodo. En ningún caso se han observado complicaciones ni en el niño ni en la madre.

La encuesta ha sido respondida por 180 familias (31%), de las que el 99,2% (178) consideran el programa beneficioso. Un 11% (19) consideran que es incómodo tener que acudir al hospital al día siguiente. El 100% (94) de las familias que han manifestado tener problemas con la progresión de la lactancia natural refieren haber recibido ayuda para resolverlos. Un 97% (174) valora la información recibida acerca del programa como adecuada. La puntuación media obtenida en relación a la satisfacción con el programa es de un 9,3 sobre 10.

Como conclusión podemos decir que el programa de alta precoz hospitalaria tras parto de bajo riesgo proporciona una atención segura en el puerperio y se considera beneficiosa por parte de las familias.

Retos futuros: atención domiciliaria de neonatólogo y matrona tras el alta precoz.

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.