
Cambios asistenciales y experiencias en el Hospital de Barbastro
en el camino hacia la Iniciativa para la Humanización de la
Asistencia al Parto y lactancia.

**JORNADA DE HUMANIZACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS EN
LA ASISTENCIA SANITARIA**

13 DE MARZO

BARBASTRO

Estrategia de atención al Parto Normal y Salud Sexual y Reproductiva.

En 2007 el Ministerio elaboró la EAPN

En 2009 Unicef concedió al Hospital de Barbastro galardón

IHAN (Iniciativa a la humanización del nacimiento y la lactancia)

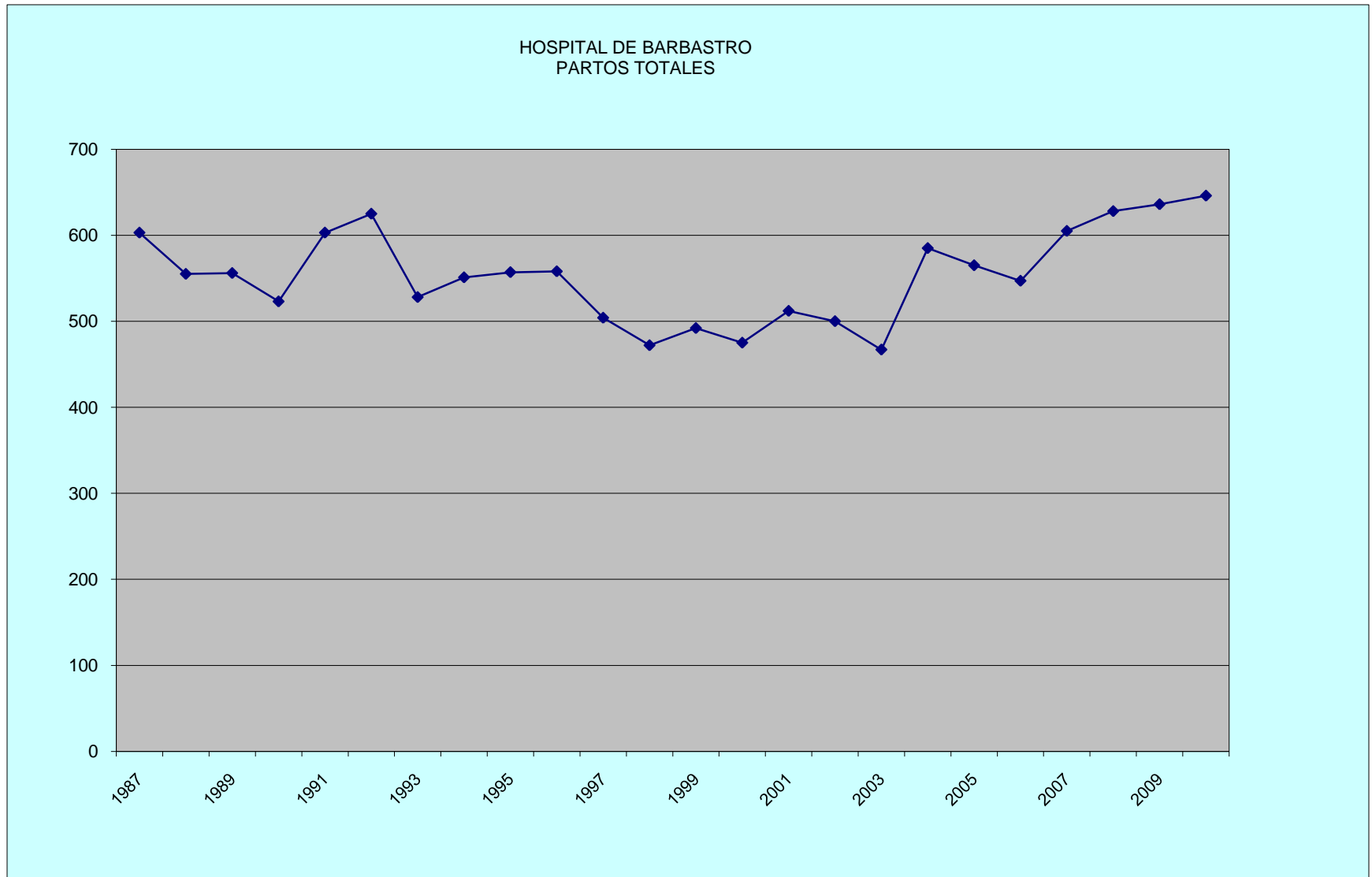
Cambios asistenciales y actividades realizadas.

- Eliminar rutinas.
- Atender las necesidades de la mujer
- Respetar la fisiología del parto.

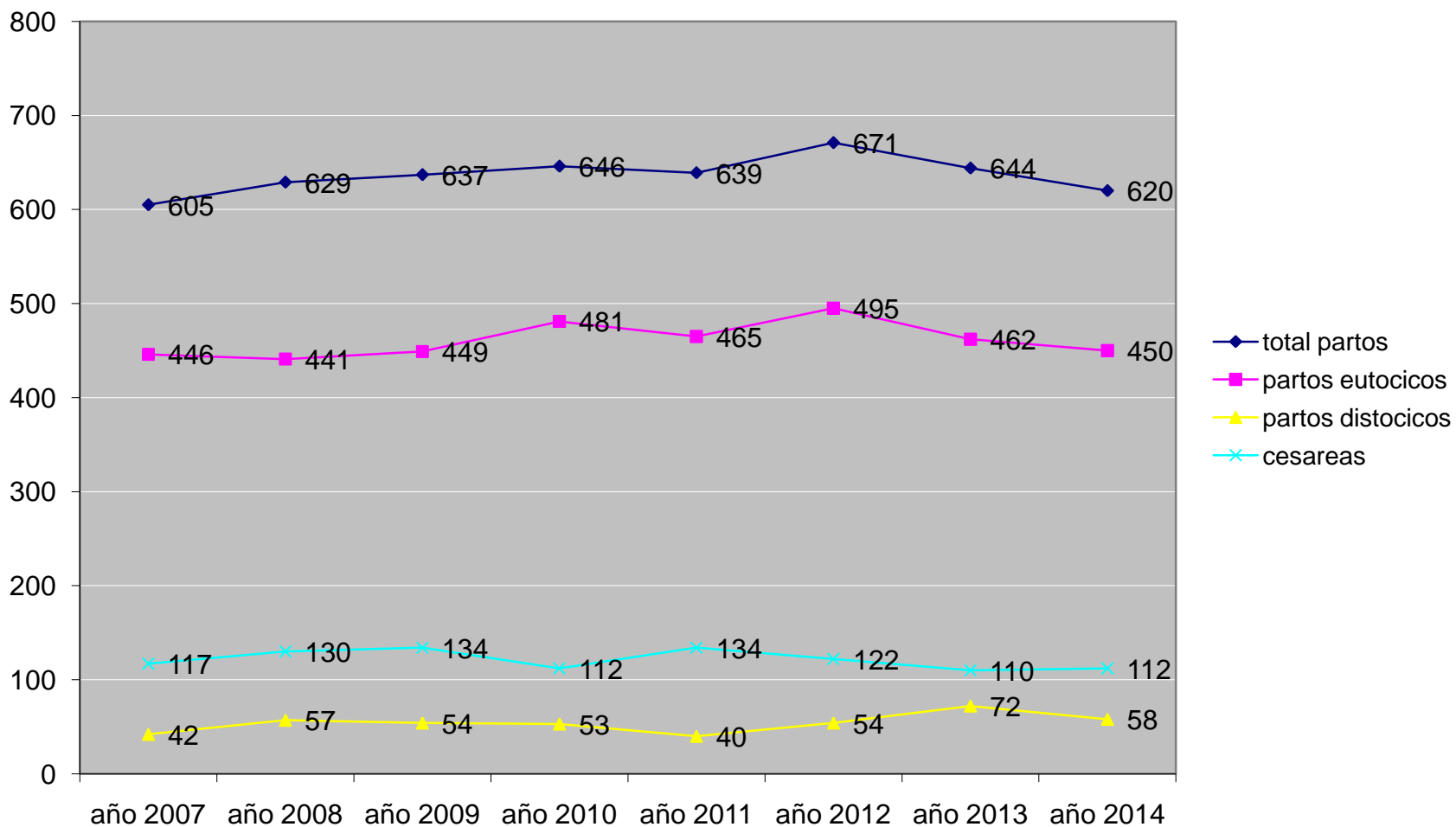
Estrategia de atención
al parto normal
en el Sistema
Nacional de Salud

SANIDAD 2007
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

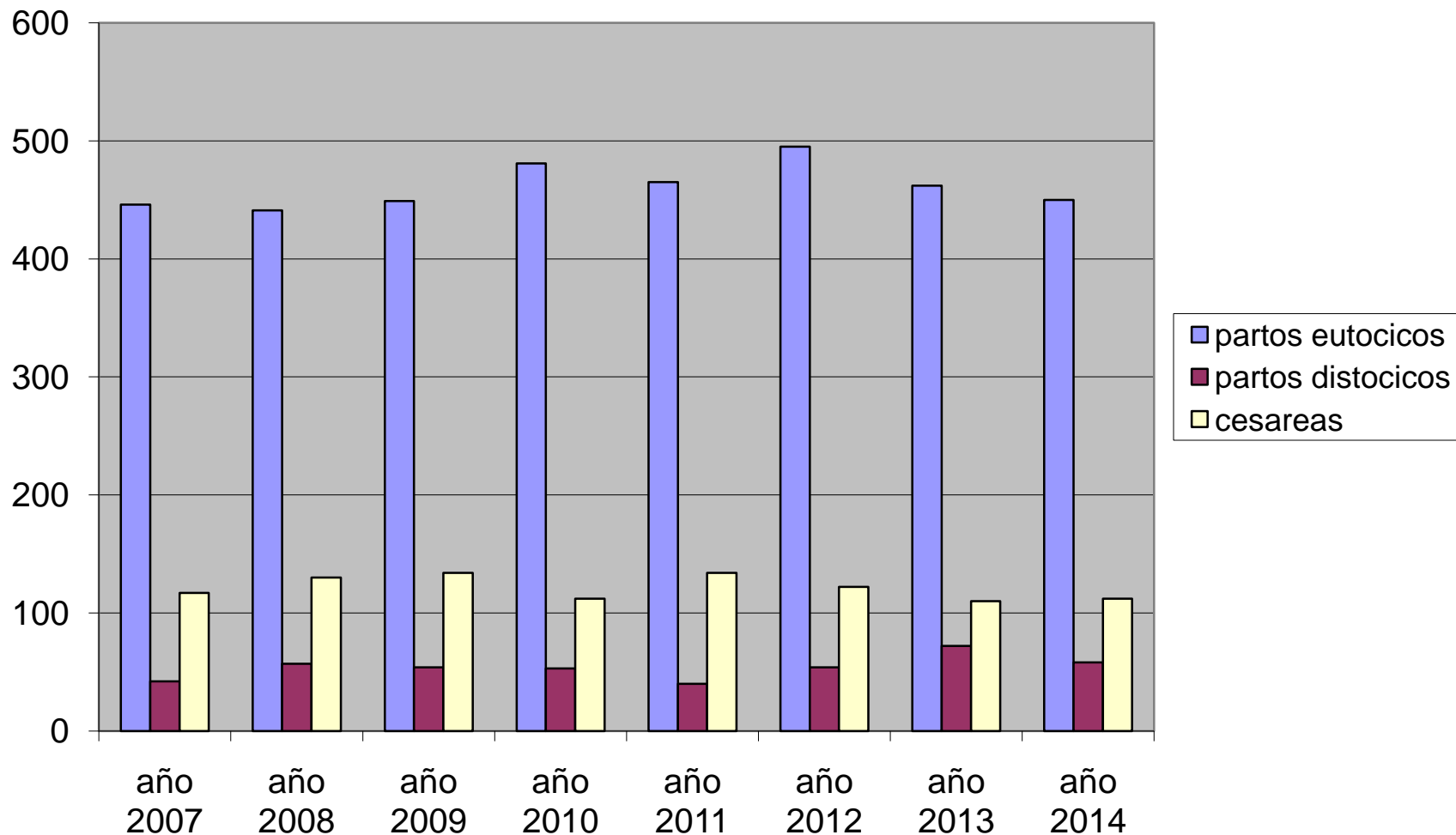




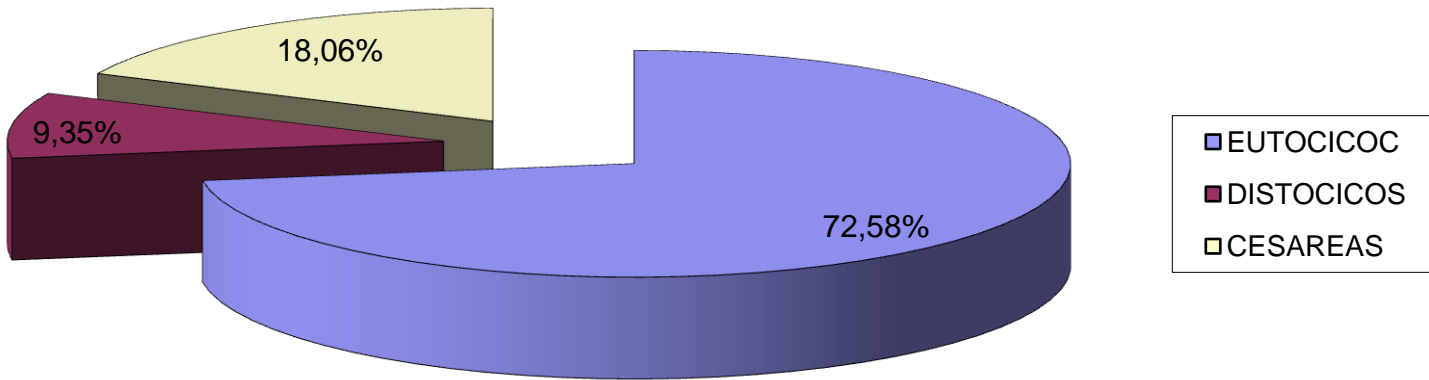
EVOLUCION DE NACIMIENTOS AÑOS 2007 AL 2014



EVOLUCION DE NACIMIENTOS AÑOS 2007 AL 2014



RESUMEN AÑO 2014



Curso de Formación de Profesionales.


- Curso de Formación Conjunto de los profesionales.
- Reuniones periódicas entre matronas y ginecólogos.
- Foccus de lactancia y atención al parto.
- Rotación por Hospitales con BBPP .
- Proyectos de Calidad
 - Potenciar la captación precoz.
 - Implantar cribado de cromosomopatias.
 - Disminuir legrados en los abortos diferidos.





Coordinación Primaria-Especializada.

- Proyecto de mejora de calidad para potenciar la coordinación entre niveles.
(2005-2007)
- Protocolo conjunto de atención al embarazo debajo riesgo.2007. revisado en 2008 y 2011.
 - Se potencia la captación precoz. 95% acuden antes de la semana 12.
 - Historia papel .
 - Se pactan 4 visitas por AP.
- Protocolo de educación materna actualizado en 2011.
- Protocolo de Lactancia Materna.
- Cribado de cromosomopatías.
- Protocolo de Enfermedad hipertensiva en el embarazo.
- Protocolo Diabetes Gestacional.
- Protocolo de anemia y embarazo.

	PROTOCOLO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO	Revisión C Página 1 de 23

PROTOCOLO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

	Elaborado	Aprobado
Fecha	Noviembre 2011	
Nombre	Equipo de trabajo: Servicio de Ginecología Matrona de Atención Primaria Servicio de Microbiología Servicio de Análisis Clínicos	
Responsable del protocolo	Dra. María Angeles Aragón Sanz - Víctor Valiá Gállego	
Correo de contacto	maras@salud.aragon.es - valia@salud.aragon.es	

AUTORES	
APPELLIDOS/NOMBRE	PUESTO DE TRABAJO
COORDINACIÓN DEL PROTOCOLO	
María Angeles Aragón Sanz	Servicio de Ginecología
Víctor Valiá Gállego	Director de Atención Primaria
Soledad Rojas Pérez-Buquerro	Servicio de Ginecología
Lorena Guardia	Servicio de Ginecología
Silvia Sanmartín Zaragoza	Matrona de Atención Primaria
Ana Isabel López de Utrera	Matrona de Atención Primaria
Fabiola Muñoz Galindo	Matrona de Atención Primaria
GRUPO DE TRABAJO	
T. Arribas Harzo	Servicio de Ginecología
A. García Muñoz	Servicio de Ginecología
J. García Gótz	Servicio de Ginecología
A. López Benito	Servicio de Ginecología
F. J. Rovilla Tomás	Servicio de Ginecología
E. Taboada Vico	Servicio de Ginecología
N. Valiá	Servicio de Ginecología
Carmen Vicens Pérez	Matrona de Atención Primaria

Solo la versión accesible en la INTRANJET de SECTOR, es un ORIGINAL. VIGILANTE: Cualquier otra impresión, constituye una COPIA NO CONTROLADA.

- Proyecto de Educación para la Salud para facilitar la atención de mujeres inmigrantes del Bajo Cinca, presentado durante 10 años a la RAPPS también reconocido como BBPP SNS en 2014. En Fraga
 - El 70,2% acuden antes de la semana 12.
 - El 90,9% tienen más de 7 visitas.
 - El 76,1% acuden a la visita puerperal con la matrona.
- Charlas informativas sobre anticoncepción colaboración con otros organismos.



PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA FACILITAR LA CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN INMIGRANTES DE FRAGA.

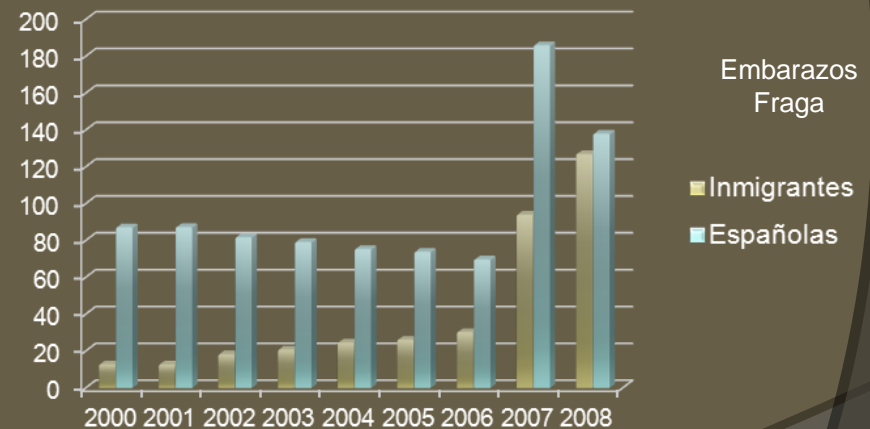
AUTORES: Dra. Aragón Sanz M.A, Millanes Gallinat P, Dueso Corbalan C, Labrador Sarrau M, Dra. Rojas Perez-Ezquerria B, Dra. Guardia L., Dr. Nogues Tomás FJ.

Oportunidad de Mejora: La población inmigrante en el Centro de Especialidades de Fraga ha pasado de un 12% en el año 2000 a un 47,9% en el año 2008, con 20 nacionalidades diferentes. Se observó que las mujeres extranjeras acudían tarde a la primera visita gestacional y en un porcentaje elevado no se realizaban los controles posparto. Se formó un grupo de trabajo (administrativos, trabajadores sociales y sanitarios) para facilitar la atención a este colectivo.

Objetivos: Proporcionar información; favorecer la accesibilidad; Potenciar la captación precoz y el seguimiento del embarazo e incrementar el número de mujeres que acuden a las revisiones posparto.

RESULTADOS OBTENIDOS:

	2006	2007	2008
Nº Embarazadas	251	280	265
% Extranjeras	30,2%	33,5%	47,9%
Nacionalidades	19	23	20
Europa del Este	57,8%	56,3%	59,8%
Árabes	27,6%	11,7%	22,8%
Subsaharianas	6,5%	11,7%	4,7%
1ª Visita Extranjeras antes semana 13	53%	55,6%	64,5%
Nª IVES	25	24	32
Más de 6 visitas	30%	26,5%	47,3%
Revisión Posparto	40%	38,2%	59,6%



Conclusiones: Se ha aumentado la captación precoz de embarazo en un 10% desde el inicio del Plan.

El incremento en mujeres que acuden a la revisión posparto ha sido de un 21%.

No se ha observado variación en el número de IVE.

Disminución de amniocentesis

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Partos	605	544	605	628	637	646	634	671	644	620
Amnios	194	184	200	124	101	96	76	81	68	35
EM	60.82 %	65.21%	72%	68%	37.3%	48.95%	39.47%	25.92%	17.91%	20%
35-37a	66.10 %	42.39%	69%	43.52%	0.9%	0	0	0	0	0
TS(+)	22.68 %	22.82%	15.75%	11.29%	2.9%	7.2%	2.63%	6.17%	8.9%	0
PAPPA(+)					21.7%	6.25%	23.68%	51.85%	62.68%	60%
TN	3.6%	1.6%	5.6%	6.45%	7%	14.5%	10.52%	2.46%	5.97%	14,8%
Hallazgos ecográficos		1.08%			7%	3.1%	3.94%	8.64%	2.98%	0
Antecedentes	2.06%	1.63%	3.7%	1.6%	4.04%	0	2.63%	2.46%	1.49%	2,8%
Ansiedad	9.79%	7.6%	6.6%	10.48%	20.2%	19.79%	17.10%	1.2%	0	0

Actividades desarrolladas en la atención al parto normal

- Actualización Protocolo Conjunto con AP. Siguiendo EAPN y la Guía PCAPN.
- Documento CI parto, se entrega semana 38.
- Vía Clínica del PN.
- Nuestro modelo se basa en la premisa: El embarazo y parto son eventos vitales centrados en la mujer. Se respeta la fisiología y se pretende disminuir el intervencionismo no justificado.
- Se evita el ingreso si no esta establecido el parto activo.
- Se han eliminado rutinas: rasurado, amnioscopia y enema.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PARTO
NORMAL EN EL HOSPITAL DE
BARBASTRO Octubre 2012**

Atención a la mujer en el periodo de dilatación.

- Desde la apertura del Hospital (1984) Pioneros en Aragón en facilitar el acompañamiento continuo. La Cohabitación, colecho y lactancia es norma habitual.
- La atención en este centro suele ser una-una (unos dos partos día)
 - La mujer está acompañada desde el ingreso por una persona.
 - Apoyo emocional y físico continuo.
 - Se permite la ingesta de líquidos.
 - La deambulación y postura libre.
- Se dispone de pelotas
- Se informa de la opción de métodos no medicamentosos

- Información de opción otros métodos analgésicos. PN sin epidural
 - En 2012 un 57,8%
 - En 2013 un 51,38%
- Monitorización.
 - MFI durante la dilatación .
 - **Proyecto de Mejora de Calidad 2013**
 - Han disminuido en un 60% los RCTG embarazo bajo riesgo
 - Sin afectar mortalidad perinatal.
- Plan de Mejora para disminuir las inducciones
- Plan de Mejora para potenciar la anestesia neuro-axial y permitir la movilidad
- Plan de Mejora para control de cesáreas.
- Plan de Mejora para disminuir las episiotomías profilácticas.

Resultados Plan de Mejora para disminuir inducciones

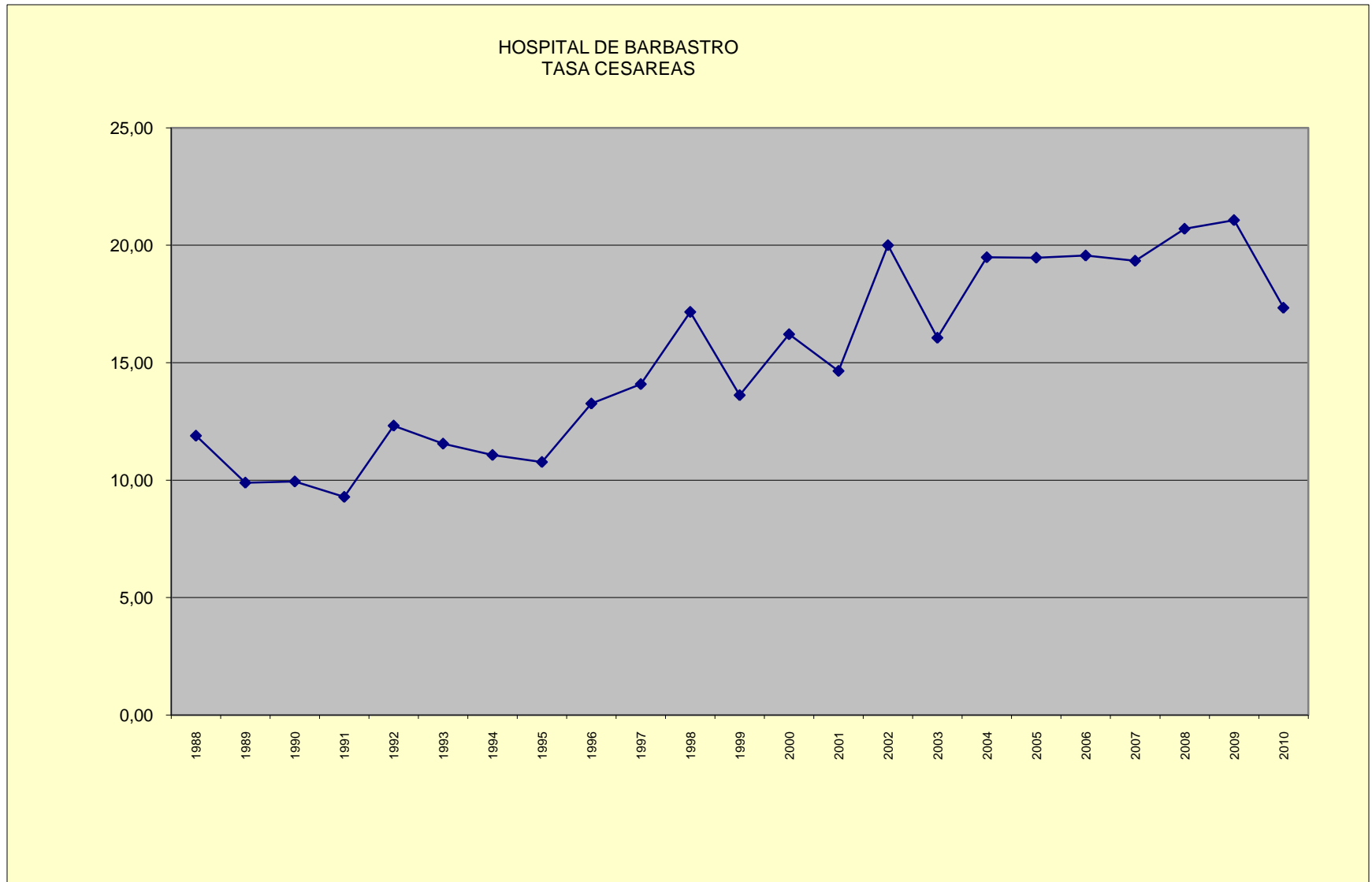
	2010	2011	2012	2013
Tasa de inducción	19.81%	20.50%	19,37%	24.68%
Tasa de cesáreas	17.33%	20,97%	18,18%	17.08%
Cesáreas en inducción	22,65%	20,50%	17,69%	16.35%
RPM	38,28%	41,22%	38,46%	35.22%
Embarazo prolongado	31,25%	41,22%	33,84%	48.42%
Otros	30.47%	17,55%	27,69%	16,4%

Plan de Mejora analgesia epidural

	2010	2011	2012	2013	2014
Partos	646	639	671	644	620
Epidurales	296	268	268	297	303
Tasa de epidural	48.68%	44.74%	42.20%	48.21%	49%

	No epidural 164 (53%)	Epidural 147 (47%)
Edad gestacional (semanas)	39.5	39.7
Peso del RN (g)	3326	3355
Parto instrumental	0%	16%
Apgar 1 min	8.81	8.81
Apgar 5 min	9.93	9.94
Inicio de la 1ª toma (min)	32	46
Tipo de lactancia		
Materna	95.7%	78.9%
Materna+Suplementos	4.3%	14.3%
Mixta	0%	6.8%
RN no agarra bien	2.45%	4.76%
RN pierde >10% peso	1.84%	2.72%
La epidural aumenta 6.3 veces el riesgo de suplementos y lactancia mixta		

Tasa de Cesáreas Barbastro



Tasa de Cesáreas en Aragón

Tasa de cesáreas Aragón	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totales	21,87	21,34	21,51	21,87	22,35	23,66%
Públicos	19,54	19,13	18,02	18,54	22,35	19,66%
Privados	32,95	31,32	35,19	35,42	34,42	40,11%

Tasa cesáreas Hospitalares

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Barbastro	21,06%	21.07%	17.51	20.87%	18.18	17.08%
San Jorge	27,89%	27,38%	24,86%	28,09%	30%	28,45%
M. Servet	16.29%	16,03%	16,39%	14,165	14,58%	16,26%
H.Clinico	19,29%	20,41%	18,68%	21,42%	21,08%	22,78%
Alcañiz	17,29%	15,33%	17,70%	13,80%	14,60%	17,53%
Ernest Iluc	25,73%	23,56%	24,18%	21,81%	26,09%	27,50%
Obispo Po.	29.89%	25,66%	16,28%	21,19%	16,89%	22,07%

Resultados

Cesáreas Realizadas	2008	2010	2011	2012	2013	2014
Total	132	112	134	122	110	112
Tasa	21,06%	17,33%	20,97%	18.18%	17,08%	18,06%
Urgentes	100	74	94	86	82	82
Programadas	24,24%	33,92%	40	36	28	30
Profilaxis AB	78,6%	91,96%	94,77% (7,4%) U No pfx	86,07% (20,48%)U . No pfx	90,9%	97,3%
Anestesia L-R	84%	87,5%	.88,8%	90.98%	90,9%	93,75%
Lactancia	89,3%	80,35%	85,07%	93,44%	97,08%	94,6%
Complicaciones	13%	5,35%	17,91%	22,07%	22,77	17,27%

- Proyecto de mejora de calidad para la estabilización de cesáreas disminución de complicaciones.2006-2008.
 - Equipo de trabajo: matronas, ginecólogos.
 - Resultados.
 - **Disminución de las complicaciones de 33,3% al 11,1%.**
 - Infecciones de la herida quirúrgica de 6,6% a 1,7%
 - Disminución de la **Estancia Media de 7,3 días a 5,2.**
- Proyecto de mejora de calidad para la estabilización de cesáreas e **idoneidad de las indicaciones.2009-2011**
 - Equipo de trabajo: Matronas , Ginecólogos.
 - **Resultados 2010**
 - Tasa de cesáreas de un 17,33%
 - Disminución de complicaciones con respecto al 2008 en un 7,65%.
 - E. Media de 4,5 días.
 - Cumplían criterios idoneidad 93,24% urgentes(incremento 5,2%)

Plan de Mejora para adecuar las indicaciones de cesarea.

- Plan de Mejora 2009-2011 para ver si las cesáreas realizadas se adecuaban a criterios de calidad.
 - **Resultados 2011**
 - Incremento tasa 20.97%
 - Se complican un 17,01%
 - EM: 4,3
 - Cumplían criterios calidad 93,61%. Variabilidad entre 10 y 36%
- Plan de Mejora 2012-2014. **Para disminuir las complicaciones.**
 - En 2012 y 2013 se incrementan las complicaciones hasta un 22,77%. En 2014 se complican un 17,27%.
 - **En 2014**
 - Tasa de cesáreas 18,06%.
 - Se disminuyen las complicaciones un 5,5%.
 - No cumplen criterios de idoneidad el 21% de las cesáreas urgentes.
 - Variabilidad de un 9,38% y un 29%.

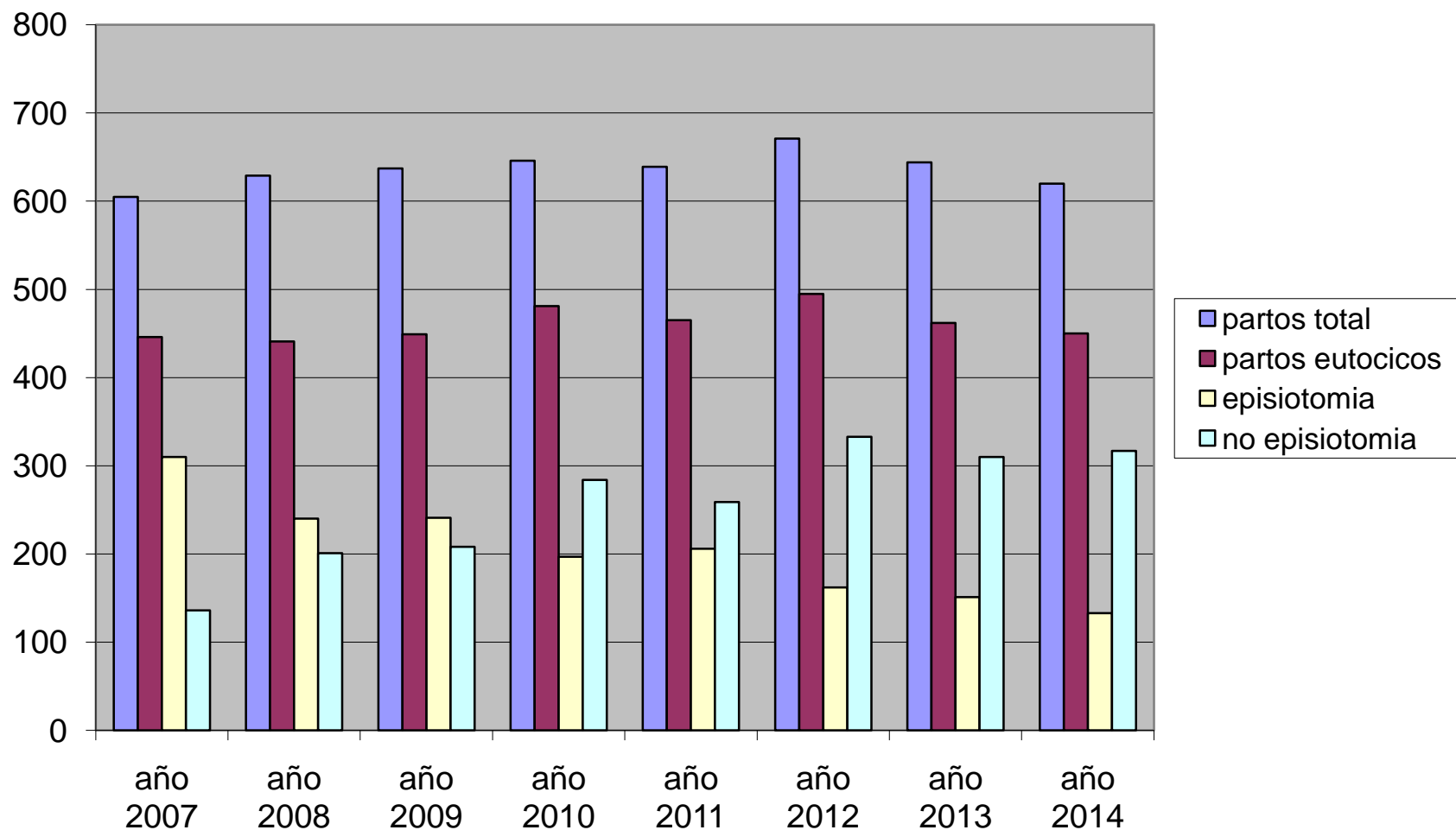
- La evaluación de la actividad realizada en los 8 años nos ha permitido.
 - Disminuir la tasa de cesáreas.
 - Disminuir la tasa de complicaciones de un 33% en 2005 a un 17,27% en 2014
 - Incrementar el % de mujeres con lactancia materna al alta hasta un 94,64%
 - Disminuir la EM de 7,5 días en 2005 a 3,99 en la actualidad.
 - Ahorro económico anual de unos **112.357€** en estancias evitadas.
- **Pero seguimos observando áreas de Mejora y Complicaciones graves .**
- Para conocer las complicaciones y los logros en la actividad diaria es imprescindible la monitorización continua del trabajo realizado.

Actividades realizadas para facilitar periodo expulsivo

- Se permite que adopten la posición que deseen.
- Se permite parto en dilatación.
- Cama de partos adaptable.
- **No se hace episiotomía de rutina.**
 - Planes de Mejora de Calidad.
 - Cursos de formación de las matronas
 - Rotaciones por otros servicios.
- **Alumbramiento dirigido.**
 - Protocolo de HOA.
 - Se ha disminuido las complicaciones graves Histerectomía postparto. Anemia grave y transfusiones.

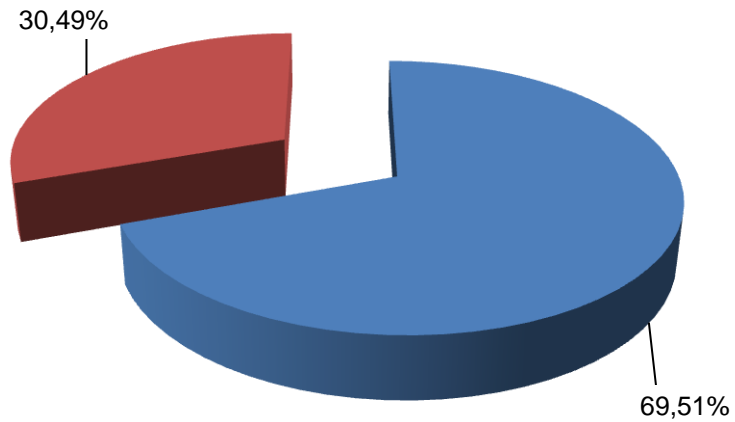
- Proyecto de mejora de calidad para la disminución de episiotomías profilácticas realizado durante los años 2007-2009.
 - EQUIPO DE TRABAJO: Matronas, Ginecólogos.
 - RESULTADOS. **Reducción de un 16%episiotomias**
 - Disminución de desgarros vaginales en un 45%.
 - No desgarros de III grado.
 - Disminución de los partos instrumentales en un 0,8% a expensas de los fórceps, con un incremento de Vacuum y Kiwi.
- Proyecto de mejora de calidad para potenciar las buenas prácticas en la atención al parto normal (2010-2013)
 - EQUIPO DE TRABAJO: Matronas , Ginecólogos.
 - RESULTADOS:
 - Disminución de **episiotomías 40%%**
 - Disminución de 3,7 tasa de cesáreas.

EVOLUCION DE PARTOS EUTCICOS Y EPISIOTOMIAS



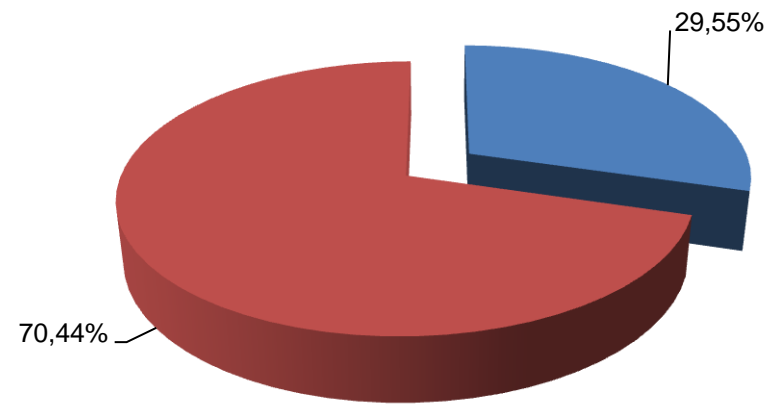
año 2007

■ EPISIOTOMIA ■ NO EPISIOTOMIA



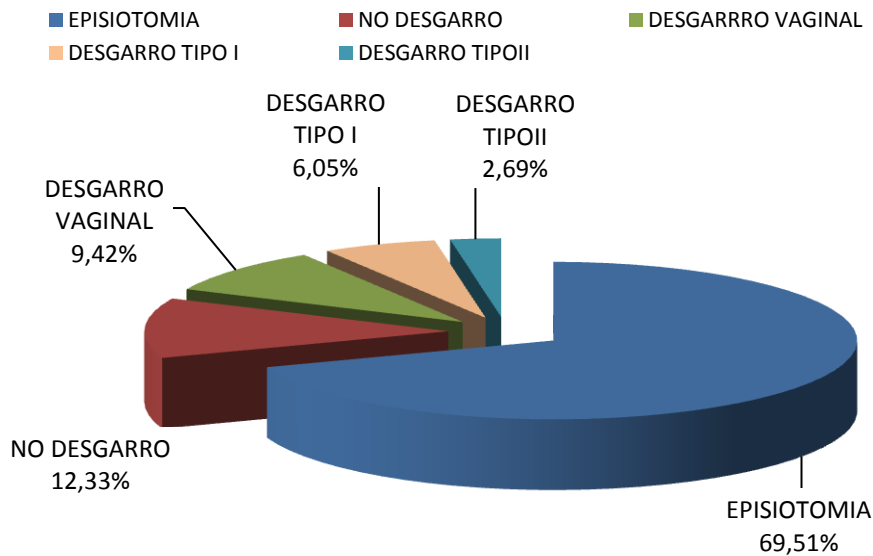
año 2014

■ EPISIOTOMIA ■ NO EPISIOTOMIA

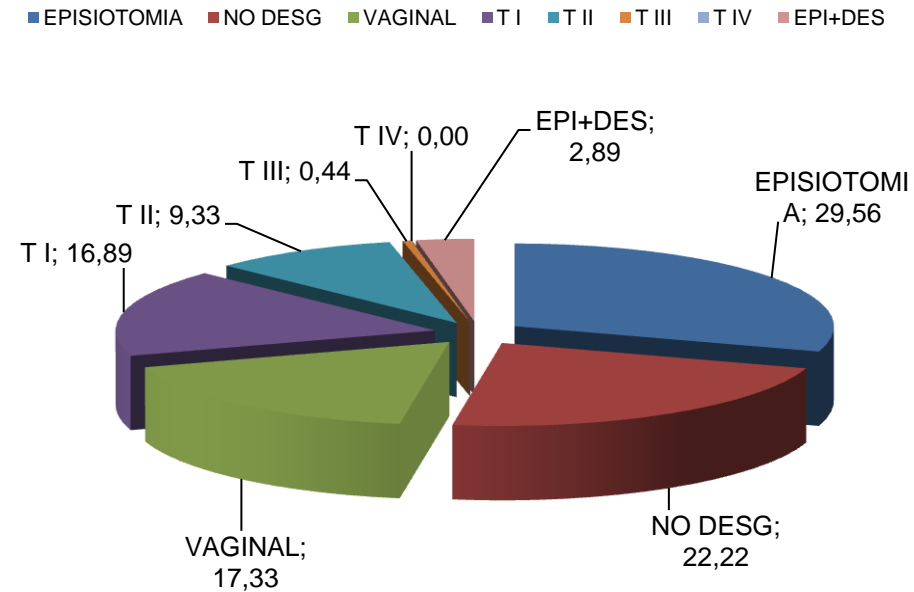


Evolución de los desgarros vaginales

Año 2007

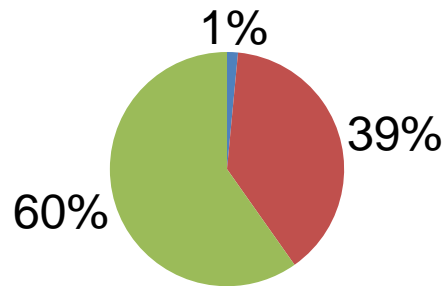


Año 2014



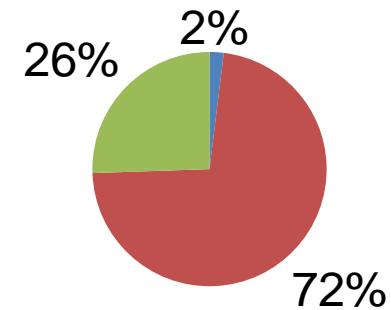
Alumbramientos partos eutócicos 2011

■ Manual ■ Dirigido ■ Espontáneo



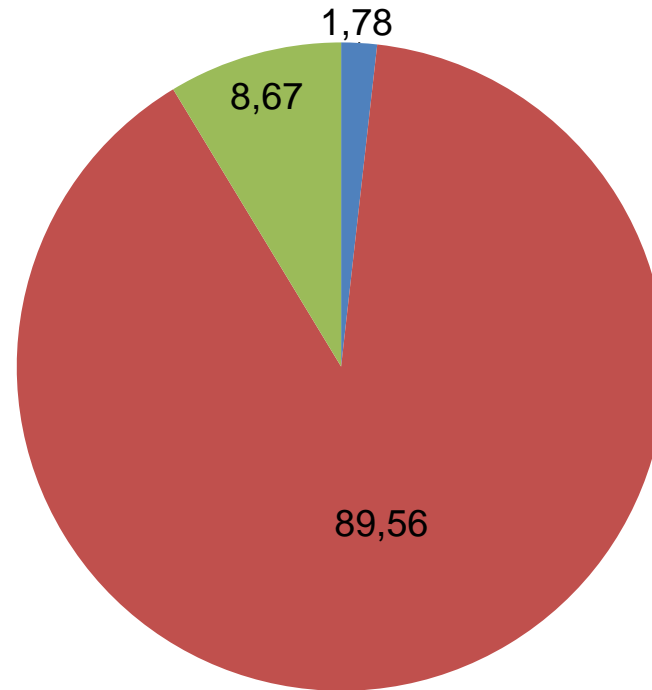
Alumbramientos partos eutócicos 2013

■ Manual ■ Dirigido ■ Espontáneo



Alumbramientos partos eutócicos 2014

■ Manual ■ Dirigido ■ Espontaneo



Protocolo de acción: hemorragia postparto precoz.

Autores: Gonzalez ballano I; Guardia Dodorico, L; Rojas Ezquerra, B; Aragón Sanz, Ma. A; Arana Lenis, Ma.C; Paul Vidaller, P Oroño Arroyo, G; HOSPITAL DE BARBASTRO.

OBJETIVO: Creación y puesta en marcha del protocolo de acción en Hemorragia Postparto Precoz del Hospital de Barbastro


MATERIAL Y METODO: Reunión del equipo de trabajo (hematólogos, matronas, y diplomados en enfermería)

Revisión y actualización del Protocolo de prevención y tratamiento de la HOA. Aplicación sistemática del alumbramiento dirigido.

Simulacros de actuación con valoración de respuesta, valoración de pérdida sanguínea, activación e instauración del protocolo. Talleres para adquisición de habilidades médico-quirúrgicas.

RESULTADOS: creación y puesta en marcha del protocolo conjunto de HPP. Aumento del porcentaje de alumbramiento dirigido de un 15% a un 65%.

HEMORRAGIA POST PARTO PRECOZ- HPP- PROTOCOLO ACTUACIÓN HOSPITAL DE BARBASTRO.

PREVENCIÓN: 

MANEJO ACTIVO DEL 3º TIEMPO TRABAJO PARTO-ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

- ADMINISTRACIÓN SU IV EN BOLO DE OXITOCINA DURANTE EL PRIMER MINUTO DESPUES DEL NACIMIENTO
- TRACCIÓN DEL CORDÓN CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO
- MASAJE UTERINO DESPUES DE LA EXTRACCIÓN PLACENTARIA
- EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO LO ANTERIOR. MAS 2 COMPRESIDOS SUBLINGUALES DE MISOPROSTOL (CITOTEC) 400 mcg.

IDENTIFICAR -> factores de riesgo- pérdida sanguínea > 1000ml - compromiso hemodinámico: r.r/pulso/TA/ signos de shock

FACTORES ANTENATALES	HPP EN GESTACIÓN ANTERIOR	FACTORES INTRA	Y POST PARTO
DPFM	RAZA ASIÁTICA	INDUCCIÓN DE PARTO	PARTO PROLONGADO > 12 HS
PLACENTA PREVIA	OBESIDAD BMI >35	ANESTESIA	INSTRUMENTACIÓN
GESTACIÓN MULTIPLE	ANEMIA < 9 G/DL	MACROSOMA > 4 Kg	EDAD > 40 AÑOS
PRE-ECLAMPSIA/HE		RETENCIÓN PLACENTARIA	CESAREA
			FIEBRE INTRAPARTO

1- COMUNICACIÓN → **2- RESUSCITACIÓN** → **3- MONITORIZACIÓN E INVESTIGACIÓN** → **4- DETENER EL SANGRADO**

1 COMUNICACIÓN

Alerta a todo el staff

MATRONA- AUXILIAR DE PARTOS/QUIROFANO DUE
GINECÓLOGO
ANESTESISTA
CELADORES
BANCO DE SANGRE/LABORATORIO PRIORIDAD
HEMATÓLOGOS (avisar con el 2º envío)
INTENSIVISTAS

2 RESUSCITACIÓN

Air Breathing Circulation

- OXIGENO 10-12 L/min. al 100% de inicio (largo valoración anestesia)
- 2 VIAS VENOSAS 204G o 16G IV.
- PRUEBAS CRUZADAS, ANALÍTICA, COAGULOGRAMA, BIODIQUÍMICA, ACIDO BASE.
- RESTAURAR CIRCULACIÓN

3 MONITORIZACIÓN E INVESTIGACIÓN

- ANALÍTICA (HEMOGLOBINA- HEMATOCRITO- PLAQUETAS)
- COAGULOGRAMA
- SONDIAJE VESICAL
- SATURACIÓN O2
- MANTA CALOR CORPORAL
- TONO- TEJIDO- TRAUMA- TROMBOSIS *revisión del canal y cavidad (legrado obstétrico)*
- EVALUAR INGRESO EN URO. CUCE AL CONTROLAR HEMORRAGIA PARA MONITORIZACION

EXCLUIR TRAUMA DE VULVA, VAGINA CERVIX Y UTERO

4 DETENER EL SANGRADO

MASAJE UTERINO

OCCITOCINA:

- 5 U EN BOLO IV (SE PUEDE REPETIR DOSIS máx 2 bolos)
- 40 UNIDADES EN 500ML DE RINGER A 125 ml/hora

METHERGIN:

0.5 MG EV LENTO 0 ML. (CI en HTA). Máx una dosis

MISOPROSTOL RECTAL - CITOTEC

600 (3)-1000 ug No se recomienda repetir dosis

CARBOPROST-HEMABATE

0.25 mg IM.
REPETIR A INTERVALOS NO MENORES A 15'Y CON UN MÁXIMO DE 8 DOSIS. (CONTRAINDICADO EN ASMÁTICAS)

ACIDO TRANEXAMICO- AMCHA-FIBRIN: 1 gr/2 Frascos 600mg/100ml IV (en 100cc SF a pasar lento en 20') produce la fibrinólisis y estabiliza el coágulo en los vasos uterinos. Se usa cuando a pesar de oxitocicos y misoprostol no cede el sangrado.

NO CEDE EL SANGRADO O RIESGO VITAL -> 1º ENVIO HEMATÓLOGA.

- + 4 CH e iniciar descongelación 4 plasma fresco congelado)
- 2º ENVIO: 4 CH + 4 PFC **AVISAR HEMATÓLOGO** para solicitar plaquetas
- 3º ENVIO: 4 CH + 3 PFC + 1 PLAQUETAS
- 4º ENVIO: 4 CH + 3 PFC
- 5º ENVIO: 4 CH + 3 PFC
- 6º ENVIO: 4 CH + 3 PFC + 1 PLAQUETAS
- 7º ENVIO: 4 CH + 3 PFC

***** FIBRINOGENO:** administrar HAEMOCOMPLETAN 2 gr. IV para mantener cifras de fibrinógeno de 100 mg/dl > .

GLUCONATO DE CA++: cada 4 concentrado de hemates 1 ampolla al 10% en 100 ml.

BALON DE BAKRI:

Inserte el balón y mantenga la mano intravtero mientras el ayudante va instilando suero fóbilo de a 50 ml, hasta detener el sangrado (NO MAS DE 500ML).

- No olvidar colocar taponaje vaginal
- No olvidar colocar contrapeso
- Se removerá entre las 6-18hs de su inserción (NO MAS DE 24HS). Desinflado SER. MUY ESCASO EN BOLSA
- SANGRADO DEBE DETENERSE O SER MUY ESCASO EN BOLSA

El cumplimiento de la pasta de reemplazo dependerá de la disponibilidad, estado del paciente y criterio anestesia y hematología

B-LYNCH: compresión vertical continua del musculo uterino y su sistema vascular. Se usa vicryl 2 o del 1 con un largo de 90 cm.

CHOT: técnica de suturas cuadradas en toda la superficie del útero para compresión. Sirve también para sangrados de 53 y para placenta previa.

SUTURAS COMPRESIVAS VERTICALES: son una alternativa a B-Lynch cuando no hay incisión de cesarea, sin apertura del útero.

NO SE DEBE CERRAR HASTA NO CONFIRMAR EL CESE DEL SANGRADO

LIGADURAS PROGRESIVAS -> GRADUAL DESVASCULARIZACIÓN

RECURRIR A LA HISTERECTOMIA "MAS TEMPRANO QUE TARDE"

SUBTOTAL de elección y solo TOTAL en placenta previa, acretas o rotura uterina que comprometa el segmento

NOVOSIVEN- F Vlla recombinante: EN CASO DE:
- hemorragia masiva incontrolable
- no responde a medidas quirúrgicas
- no responde al tratamiento con hemostáticos

Es necesario ->

- plaquetas > 50.000 mm3
- fibrinógeno > 50 mg/dl
- corregir acidosis ph > 7.2
- corregir hipotermia tº > 32cº

ADMINISTRAR 1º DOSIS: 90 microgr/kg en 2-3 minutos (viales 1.200, 2.400 y 4.800). SI NO HAY RESPUESTA SE PUEDE ADM 2º DOSIS IGUAL A LOS 15-20'.

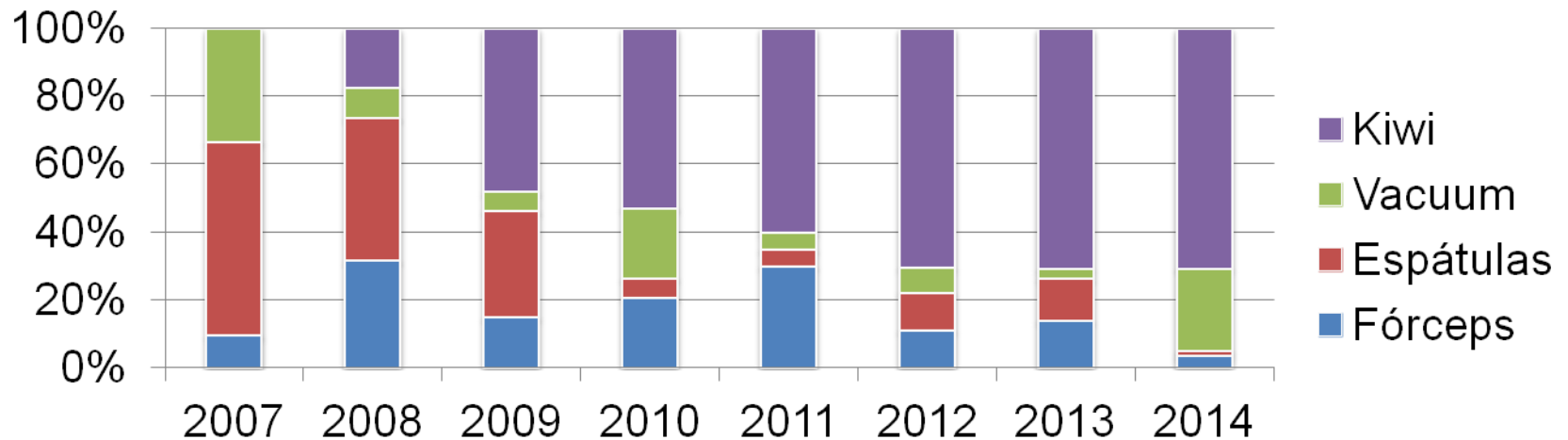
ACTUACIONES TRAS CONTROL DE LA HEMORRAGIA:

Reponer hemoderivados según analítica con el objetivo conser:

- HCT 25-30%
- PLAFILIAS DE TVP: La antes posible después de asegurar hemostasia. Ya que los pacientes decamilan estado protrombótico tras HEMORRAGIA MASIVA.

Cambios en la tocurgia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fórceps	4	18	8	11	12	6	10	2
Espátulas	24	24	17	3	2	6	9	1
Vacuum	14	5	3	11	2	4	2	14
Kiwi	0	10	26	28	24	38	51	41
Totales	42	57	54	53	40	54	72	58
	6,9%	9,0%	8,4%	8,2%	6,25%	8%	11,1%	9,35%



- Contacto piel con piel en 100% los partos
- Se post-ponen actividades preventivas .
- No se separa al RN .cohabitación continua
- Se apoya en el inicio de la lactancia
- Protocolo contacto precoz cesáreas desde 2008
 - En 2013 el 84,29% de las cesáreas hicieron piel con piel.
 - El 52% cesáreas programadas.
 - El 39,5% cesáreas urgentes.
 - Solo un 20% de los RN pasan al despertar.
 - Los RN que no pueden estar con la madre hacen piel con piel con el padre.



HUMANIZACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

Roca Arquillué, M.; Lalaguna Mallada, P.; Mínguez Sorio, J.; Nogués Tomás, F.J.; Calvo Aguilar, M.J.; Aragón Sanz, M.A.

A finales de 2007 dada la insistencia de algunos pediatras, comenzamos a "tolerar" durante las cesáreas que colocasen a los R.N. al pecho.

Intentaban convencernos de las ventajas del CPP pero no todas las mentes estaban abiertas...: la intervención ganaba en incomodidad y creíamos que las pacientes no estaban por la labor en estas circunstancias. Nos equivocábamos.



A mediados de 2009 se llevo a cabo un estudio retrospectivo revisando las 63 cesáreas practicadas de Junio a Noviembre de 2008 y realizando una encuesta telefónica a las madres y padres para valorar su experiencia, así como sus sugerencias de mejora.

Los resultados demostraron ampliamente la mejor instauración y mantenimiento de la lactancia materna y el alto grado de satisfacción de las pacientes con este método. Todo ello nos llevó a instaurar el método CPP en todas las cesáreas salvo contraorden quirúrgica y/o anestésica.



La humanización de las cesáreas ha quedado protocolizada con las siguientes medidas:

- Monitorización adecuada: evitar vía en la flexura, electrodos en los hombros o la espalda, poner el arco dejando libre el busto de la madre.
- Procurar un ambiente silencioso, cálido y relajado.
- Tras la valoración inicial del RN y si ambos están estables se coloca al RN piel con piel sobre el pecho de la madre y se liberan las manos de ésta para que pueda abrazarlo.
- Una persona se responsabiliza de la vigilancia durante la intervención y de que tanto la madre como el recién nacido estén confortables.
- El CPP no se interrumpe salvo que la madre lo solicite o haya un problema.
- Se mantiene el contacto precoz en el servicio de reanimación [si es posible].
- Si la madre y el RN no pueden permanecer juntos en REA, se ofrece al padre la posibilidad de hacer piel con piel hasta que la madre llegue a planta.



Entrado 2010 los pediatras siguen insistiendo... y ahora "accedemos" a que los padres entren en quirófano durante la cesárea.

Poco a poco se van abriendo puertas: ¿Están nuestras mentes abiertas?...



- Comisión de Lactancia.
 - Protocolo 2006, actualizado en 2008, 2010 y 2013
 - Multidisciplinar participan todos los profesionales implicados en la atención a la mujer embarazada.
- En 2013 la tasa de lactancia exclusiva al alta fue del 82%.
- Seguimos trabajando para mantener los 10 pasos IHAN
- Alentar a madres y familiares a tocar, sostener y amamantar a sus bebés.



- El objetivo de nuestro trabajo a lo largo de todos estos años ha sido potenciar la atención al parto normal, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.
- Cambiar rutinas asistenciales sin evidencia científica.
- Trabajar para desarrollar una cultura que promueva el parto y nacimiento como un proceso fisiológico.
- Intervenir solo en casos de desviación
- **Nada es nunca como siempre.**
- En este mundo de cambios constantes, **evolucionar no es una opción es una obligación para sobrevivir**



Memoria BBPP Sistema Nacional de Salud.

Identificación y Difusión de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud
CONVOCATORIA 201-
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL PARTO Y DE SALUD REPRODUCTIVA

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA CANDIDATA

1. NOMBRE DE LA EXPERIENCIA PRESENTADA

"Buenas Prácticas en el Sector Barbastro" para disminuir el intervencionismo en la atención al parto normal, potenciar la coordinación con Atención Primaria y desarrollar la Estrategia de atención al parto normal del SNS".

2. DATOS DE LA ENTIDAD

- Nombre y domicilio de la entidad: Hospital de Barbastro, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Carretera nacional 240 s/n. 22300 Huesca.
- Comunidad Autónoma: ARAGÓN
- Profesional responsable del proyecto: María ángeles Aragón Sanz
- E-mail: maaragon@salud.aragon.es - Teléfono: 662.04.50.27

3. GRUPO DE TRABAJO PARA EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

Constituido por miembros de los Comités Institucional y Técnico de las Estrategias de Atención al Parto y de Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud:

Francisco José Perez-Ramos	Representante institucional de Andalucía
Pepa Aguayo Maldonado	Experta Comité Técnico de las Estrategias
Dolors Costa Sampere	Representante institucional de Cataluña
Ramón Escurlet Peiró	Representante institucional de Cataluña
Alfredo Perales Marín	Representante Comisión Perinatal de la SEGO
Cristina Martínez Bueno	Presidenta de la FAME
Loli Martínez Romero	Representante institucional de Galicia
Mª Teresa Hernández Aguilar	Coordinadora Nacional de la IHAN
Adelina García Roldán	Representante de La Liga de la Leche
Concha Nicolás Bueno	Representante institucional de Madrid
Carmen Rosa Pallás Alonso	Experta Comité Técnico de las Estrategias y Presidenta IHAN
Adela Rocio Alcalde	Presidenta de la Asociación El Parto Es Nuestro
Nieves Muñoz Rodríguez	Representante institucional de Murcia
María García Franco	Presidenta de la SEEN
Isabel Espiga López	Representante institucional del MSSSI

4. PUNTUACIÓN FINAL Y CALIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA

PUNTUACIÓN FINAL: 25,67	HA OBTENIDO LA CALIFICACIÓN DE BBPP EN EL SNS
-------------------------	-----------------------------------------------

5. JUSTIFICACIÓN DE LA CALIFICACIÓN

Breve resumen de las características más relevantes de la experiencia

La experiencia se orienta a abandonar las prácticas que se realizan por rutina y basarlas en la evidencia científica. Plantea como objetivo disminuir el intervencionismo innecesario y la iatrogenia; es decir, disminuir la tasa de episiotomías, de inducciones, de tocurgia, de cesáreas y de estancia media hospitalaria.

Muestra la coordinación entre atención primaria y hospitalaria con protocolos conjuntos, reuniones y formación para actualizar conocimientos y unificar criterios. Despliega una organización territorial que favorece el acceso de todas las mujeres, aunque vivan alejadas del centro hospitalario.

La atención al parto normal y al puerperio inmediato es atendido por la matrona una-a-una. Se facilita el acompañamiento, la ingesta de líquidos, y la libertad de movimientos durante todo el periodo de dilatación, incluida la adopción de la posición que le resulte más cómoda a la mujer en el expulsivo.

La experiencia expone un modelo de organización de la atención y las acciones realizadas durante el embarazo, parto y puerperio incluyen la implantación de buenas prácticas. La memoria presenta información completa y recomendaciones.

En la documentación presentada se observan los siguientes aspectos de mejora:

- El análisis de la situación se presenta de forma bastante breve y se debería contextualizar mejor.
- Sería conveniente recomendar el estudio de la satisfacción de las mujeres con este modelo de atención.
- Revisar el apartado de bibliografía, recomendando seguir normativa Vancouver.
- No se presentan aspectos que permitan valorar la perspectiva o enfoque de género.

Se felicita a las y los autores por el desarrollo de esta experiencia y se anima a continuar el trabajo e incluir las citadas observaciones.

Identificación y Difusión de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud
CONVOCATORIA 201-4
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN AL PARTO Y DE SALUD REPRODUCTIVA

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA CANDIDATA

1. NOMBRE DE LA EXPERIENCIA PRESENTADA

"Proyecto de educación para la salud en mujeres inmigrantes del Bajo Cinca", para facilitar el control del embarazo y disminuir las interrupciones voluntarias del embarazo. Evaluación a los 30 años.

2. DATOS DE LA ENTIDAD

- Nombre y domicilio: Centro de Salud de Fraga, C/Hermana Andrea, 22120 Fraga y María Ángeles Aragón Sanz, Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barbastro, Cra. nacional 240 s/n. 22300-Barbastro.
- Comunidad Autónoma: ARAGÓN
- Profesional responsable del proyecto: Patricia Milanes Gallinat y María Ángeles Aragón Sanz.
- E-mail: patmilanes@hivatal.com, maaragon@salud.aragon.es - Teléfonos: 974 472517 y 974 313511

3. GRUPO DE TRABAJO PARA EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

Constituido por miembros de los Comités Institucional y Técnico de las Estrategias de Atención al Parto y de Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud:

Francisco José Perez-Ramos	Representante institucional de Andalucía
Pepa Aguayo Maldonado	Experta Comité Técnico de las Estrategias
Dolors Costa Sampere	Representante institucional de Cataluña
Ramón Escurlet Peiró	Representante institucional de Cataluña
Alfredo Perales Marín	Representante Comisión Perinatal de la SEGO
Cristina Martínez Bueno	Presidenta de la FAME
Loli Martínez Romero	Representante institucional de Galicia
Mª Teresa Hernández Aguilar	Coordinadora Nacional de la IHAN
Adelina García Roldán	Representante de La Liga de la Leche
Concha Nicolás Bueno	Representante institucional de Madrid
Carmen Rosa Pallás Alonso	Experta Comité Técnico de las Estrategias y Presidenta IHAN
Adela Rocio Alcalde	Presidenta de la Asociación El Parto Es Nuestro
Nieves Muñoz Rodríguez	Representante institucional de Murcia
María García Franco	Presidenta de la SEEN
Isabel Espiga López	Representante institucional del MSSSI

4. PUNTUACIÓN FINAL Y CALIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA

PUNTUACIÓN FINAL: 23,00	HA OBTENIDO LA CALIFICACIÓN DE BBPP EN EL SNS
-------------------------	-----------------------------------------------

5. JUSTIFICACIÓN DE LA CALIFICACIÓN

Breve resumen de las características más relevantes de la experiencia

Se considera de interés el proyecto innovador que se presenta por contribuir a disminuir las desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes y mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva. En la documentación examinada se sugieren algunos aspectos a mejorar:

- En el apartado de metodología se exponen algunos aspectos que podrían ser incluidos en el apartado de resultados para mejorar su difusión.
- Dificultad para entender cómo se van a cumplir algunos de los objetivos planteados.
- Separar los apartados de indicadores y resultados.
- Se presentan algunos indicadores que no sugieren un mayor añadido de información.
- Relacionar los resultados con los objetivos planteados de forma más estructurada. Ayudarla a comprender mejor y dar fortaleza al proyecto presentado.
- El apartado de recomendaciones debería incluir las recomendaciones de los responsables del proyecto e incluir las comentarios sobre los resultados en el apartado de resultados.
- Presentar el tríptico como anexo.
- Actualizar algunos datos que se presentan.
- Revisar la bibliografía y presentar de forma adecuada.

Se felicita a las autoras y autores por llevar a cabo un aspecto prioritario, animando a continuar el trabajo e incluir las mejores propuestas.

