



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TITULO DE LA EXPERIENCIA

REGISTRO INFORMATIZADO DE LA ACTIVIDAD DE PARTOS. OBSTENCIÓN Y ANALISIS DE INDICADORES A PARTIR DEL REGISTRO. INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES CON NUEVO SISTEMA DE IDENTIFICACION NEONATAL Y LIBRO DE PARTOS INFORMATIZADO

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** SERVEIS DE SALUT INTEGRATS DEL BAIX EMPORDA. HOSPITAL DE PALAMÓS
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ HOSPITAL 36, 17230 Palamós (Girona)
- **CCAA:** Catalunya
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
 - Nombre y apellidos: José Manuel Marqueta Sánchez
 - E-mail: jmmarqueta@ssibe.cat
 - Teléfonos: 972609215, 972609219, 639350697

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
x	Otro (especificar): Puede extenderse a otros ámbitos si se cree conveniente

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio:** 01/01/2014
- Actualmente en activo:** Si
- Prevista su finalización:** Sin fecha de finalización, implantado.

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



5. LINEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Desarrollo de indicadores, sistemas de registro y evaluación
	Calidad asistencial y gestión de servicios
	Investigación y difusión de buenas prácticas

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El registro de la actividad obstétrica a día de hoy se sigue realizando en muchos Hospitales con el clásico libro de partos de papel, que recoge un limitado número de variables, las cuales en muchas ocasiones son difíciles de entender o se quedan sin rellenar.

A día de hoy, no hay en Catalunya ningún registro estandarizado ni ninguna base de datos común que permita saber la realidad de la actividad obstétrica y su calidad, impidiendo compararse con otros centros de tu nivel o con la media de tu comunidad o estatal ⁽⁸⁾.

La OMS ha publicado una declaración dentro del HRP (Human Reproduction Program) en la que, preocupada por la variabilidad en la tasa de cesáreas y por su incremento progresivo, insta a controlar esta práctica y propone la estandarización y universalización de los criterios de Robson ⁽⁹⁻¹²⁾.

8. OBJETIVOS

El objetivo principal es tener un registro de partos, fiable y seguro en el que se recogen todas las variables que pueden dar lugar a indicadores de actividad y calidad y que permita tomar medidas ante cualquier desviación detectada.

De este registro se obtiene mensualmente un informe de actividad que compara con periodos previos y elabora indicadores, tanto de forma global como por miembros del servicio.

A su vez recogemos la tasa de cesáreas estandarizada por los grupos de Robson, lo cual permite detectar variaciones sin posibilidad de "sujetivización" de los resultados.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



Poder realizar consultas a la base de datos que permitan desarrollar las medidas antes citadas.

Todos estos objetivos se podrían instaurar en otros centros y obtener indicadores y comparaciones al estilo de lo que se recoge en la plataforma MSIQ (Móduls per al seguiment d'indicadors de qualitat) desarrollado por el Departament de Salut y que permite compararse con otros centros de Catalunya en función de la media y otros parámetros estadísticos.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La población diana de nuestra experiencia es la población que acude a nuestra área de partos y que genera la actividad obstétrica del Hospital de Palamós, centro de referencia de la población del Baix Empordá en la provincia de Girona.

Nuestra intención es que todo ello se pudiera extender a todo el ámbito de la comunidad o estatal para poder tener indicadores con una muestra amplia y poder establecer comparaciones y controles de calidad que pudieran dar lugar a acciones de mejora

10. METODOLOGÍA

A raíz de todo lo planteado en el punto 7 de ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN, se realiza un primer diseño de:

- La modificación en la identificación del binomio madre-hijo, en aras de una mejora en el tema tan de actualidad y que nuestra institución potencia de la SEGURIDAD DE PACIENTES.
- Diseño de un libro de partos informatizado, con todas las medidas de seguridad que requiere, que permite tener un listado de partos debidamente identificados y extraer registros de actividad.

Para ello conjuntamente con sistemas de información, departamento de informática y el servicio de laboratorio se diseña un "Protocolo de identificación del recién nacido" y un registro informatizado dentro de la Historia Clínica Informatizada (a partir de ahora HCI) de desarrollo propio en la entidad.

IDENTIFICACIÓN NEONATAL

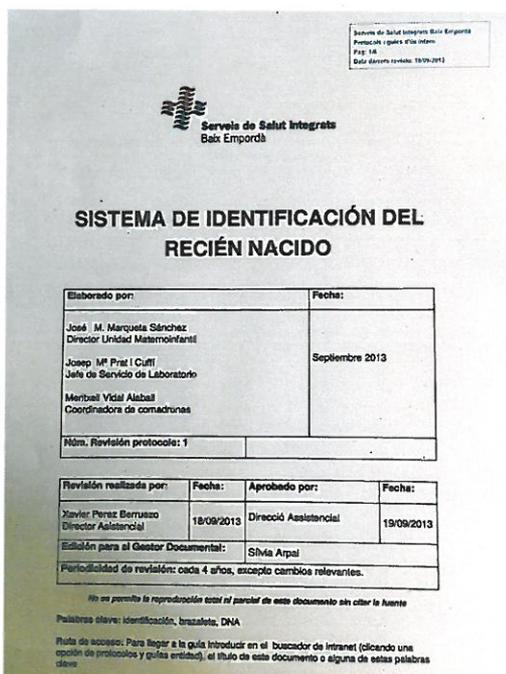
La identificación se realiza a través de un conjunto de pulseras para la madre y el RN y una pinza de cordón umbilical con un número de 6 cifras único y un código de colores, así como de un sobre

con un cartoncillo absorbente en el que se recoge una gota de sangre de cordón y una gota de sangre materna. En este cartoncillo se adhiere una pegatina con el mismo número de identificación y color que los antes mencionados y es enviado al laboratorio para su almacenamiento y custodia. Todo este proceso se realiza delante de la madre siempre manteniendo el contacto visual con su RN.

Este número de registro queda incluido en el registro informatizado de parto, el cual si el número introducido ya ha sido utilizado no te deja firmar y te obliga a revisar si ha habido algún error de registro.

En un futuro cercano (se está haciendo pruebas con el circuito de transfusión segura) se utilizará el sistema de código de barras que incorpora el kit, se vincularán las pulseras con el registro de parto y se utilizará como identificación del binomio antes del alta hospitalaria.

Este sistema permite que a requerimiento legal de identificación o de paternidad se pueda extraer ADN de cada uno de las muestras de sangre recogidas y concluir el vínculo de forma inequívoca si fuera necesario.



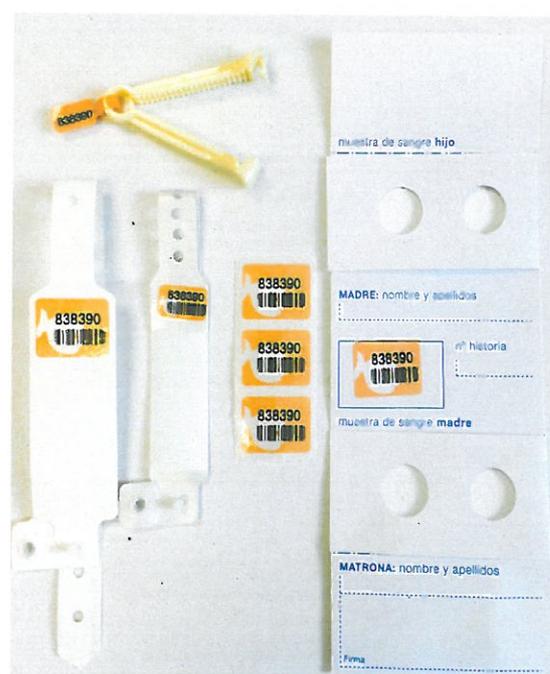
Servicio de Salud Integrado Bati Empordà
Promoción Igual y No Discriminación
Pág. 14
Data última revisada: 19/09/2013

SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Elaborado por:		Fecha:	
José M. Marqueta Sánchez Director Unidad Maternoinfantil		Septiembre 2013	
Josep MP Prat i Cufí Jefe de Servicio de Laboratorio			
Meritxell Vidal Alsbal Coordinadora de comadronas			
Núm. Revisión protocolo: 1			

Revisión realizada por:	Fecha:	Aprobado por:	Fecha:
Xavier Perez Berruazo Director Asistencial	18/09/2013	Direcció Asistencial	19/09/2013
Edición para el Gestor Documental:		Silvia Arpal	
Periodicidad de revisión: cada 4 años, excepto cambios relevantes.			

No se permite la reproducción total ni parcial de este documento sin citar la fuente
Palabras clave: identificación, bracelet, DNA
Nota de acceso: Para llegar a la guía, introducir en el buscador de Intranet (clicando una opción de protocolos y guías editadas), el título de este documento o alguna de estas palabras clave.



El kit incluye una pinza de cordón umbilical amarilla con el número 838390, una pulsera blanca con el mismo número, tres etiquetas adhesivas con el número y código de barras, y un sobre de muestras con dos compartimentos para 'muestra de sangre hijo' y 'muestra de sangre madre', cada uno con un espacio para una etiqueta adhesiva con el número 838390. El sobre también tiene campos para 'MADRE: nombre y apellidos', 'nº historia', 'MATRONA: nombre y apellidos' y 'Firma'.

Para la elaboración del registro de parto que se utilizará como libro de partos, se realizaron reuniones previas entre miembros de la unidad (comadronas y ginecólogos) intentando establecer los ítems que se consideraba necesario incluir.

Una vez elaborado el listado, se realiza la reunión con sistemas de información e informática y se presenta el proyecto. A partir de aquí surge una primera propuesta que se irá matizando con la incorporación de nuevos ítems y modificaciones del diseño hasta la obtención del modelo definitivo.

Se trata de un registro único de todo el proceso de parto, tanto en su vertiente materna como neonatal con una visualización única en dos pestañas pero a la que se puede acceder tanto desde la historia de la madre como desde la futura historia que se crea al RN, ya que en el momento del parto se crea un vínculo interno informático que permite el acceso tanto al RN desde la madre como viceversa.

Cuando tiene lugar un parto, en la parte de la HCI donde se recoge toda la actividad obstétrica y el control del embarazo hay un icono que activa el registro de parto (Fig. 1). Este icono supone una primera pregunta: si es un parto actual y se debe incluir como registro en el libro de parto o si se está registrando un antecedente de un parto anterior de una paciente. En el primer supuesto genera un número correlativo que le incluye en el libro de parto "virtual", recoge una serie mínima de variables obligatorias y obliga a firmar el registro. En el segundo caso no asigna número ni se incluye en el libro, los campos a rellenar son libres y no se tiene que firmar.

Fig.1

Fig. 2

A partir de aquí se van rellenando los distintos campos en la parte materna (Fig. 2), la mayor parte de los cuales son obligatorios para poder firmar. Para poder acceder al registro de la parte neonatal se entra a partir del listado de los RN del día indicado (Fig. 3). Se elige el expediente del RN que se acaba de crear y una vez escogido se crea el vínculo entre la madre y el RN bidireccional, que además no permitirá asociar este RN con ninguna otra paciente, dando un mensaje de error. Una vez creado este vínculo se abre la pantalla y se completa la segunda parte del registro (Fig. 4).

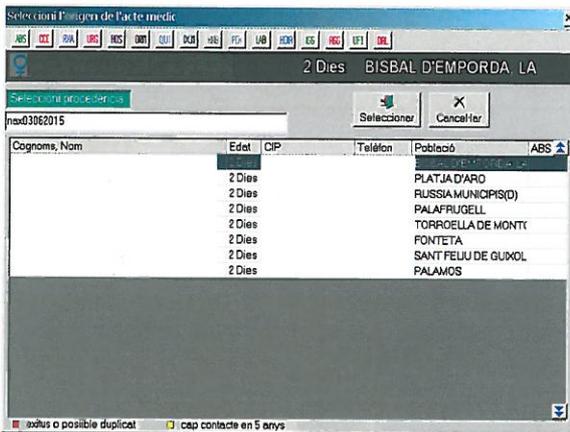


Fig. 3

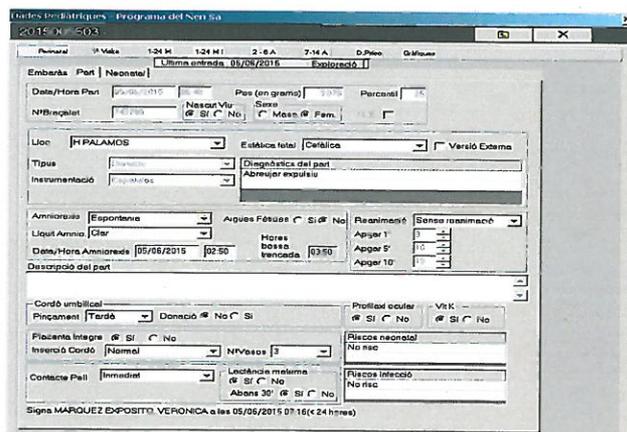
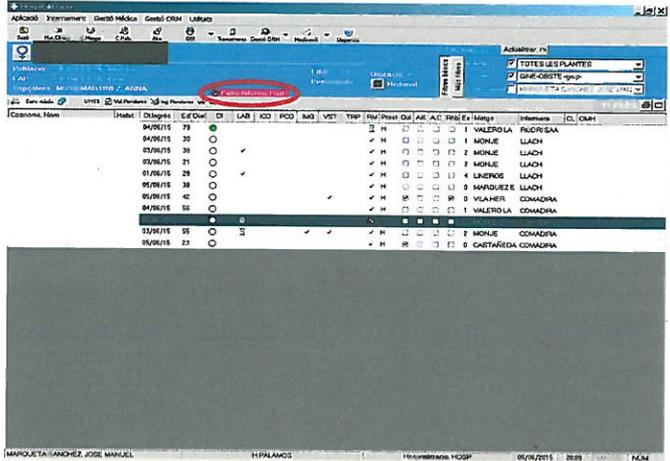
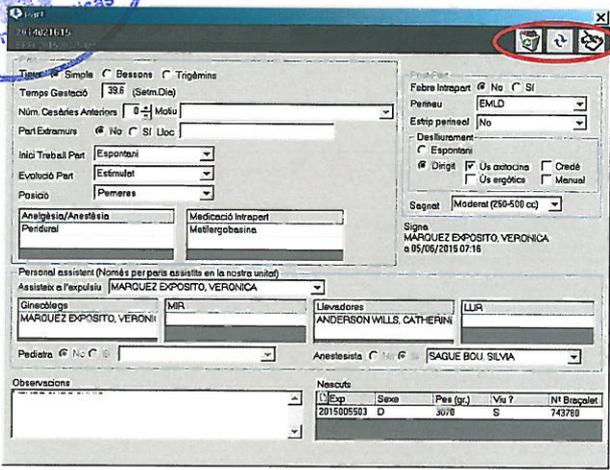


Fig. 4

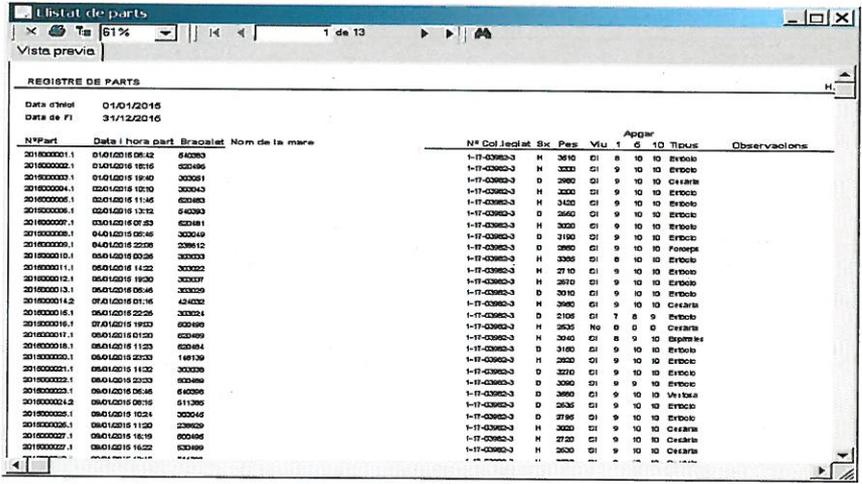
Una vez rellenados los campos, se solicita la firma de una de las personas que asisten al parto y se queda un registro que solo se puede modificar durante 24 horas, con la particularidad de que cualquier modificación no sobrescribe a lo anterior y se guarda un histórico de modificaciones. Queda recogido las personas que asisten al parto y quién realiza el expulsivo. El registro se puede imprimir en formato informe. (Fig. 5)

Toda paciente que ingrese en el hospital y que tenga abierto un proceso de parto con una codificación ICD-9 que tenga como quinto dígito el número 1 que es sinónimo de parto actual no podrá ser dada de alta del sistema informático del hospital si no tiene un registro de parto firmado y aparecerá un alerta en el censo de hospitalización (Fig. 6). Además se genera un mail al jefe de servicio cada vez que se intenta dar un alta o queda un registro sin firmar.



LIBRO DE PARTOS VIRTUAL

A partir de todos los datos registrados se puede solicitar un listado (Fig. 7), que visualizar o imprimir, ordenado por fechas o por el número de identificación, de todos los partos atendidos en la institución, pudiendo acotar por fechas (Fig. 8)



EXPLOTACIÓN DE DATOS

Mensualmente, dentro de los memorándums que genera Sistemas de Información, y de forma automatizada, se emite un informe en el que se recogen en forma de tablas o gráficos todos aquellos datos, tratados de forma estadística, que previamente se han considerado importantes (Fig. 9,10 y 11).

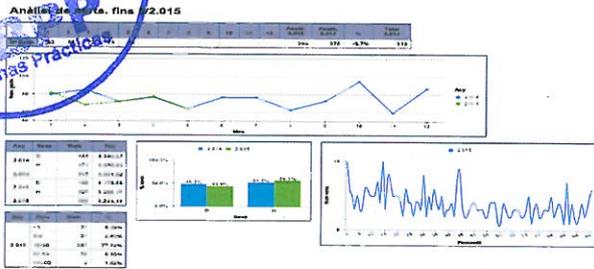


Fig. 9

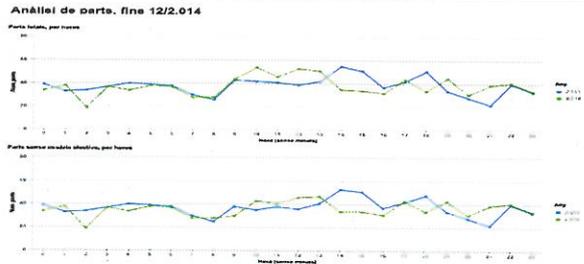


Fig. 10

Este informe recoge actividad global y por facultativo o comadrona (además de incluir a los MIR y EIR comadrona que hay en formación en nuestra institución) (Fig. 12 y 13).

Análisis de parto, fins 12/2.014

Posició	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
A gripes	15	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
All sis	146	16.4%	137	16.0%	137	16.0%
Antes ara	10	1.4%	7	0.8%	7	0.8%
Cesària total	10	1.1%	37	4.0%	37	4.0%
Després de la	146	16.2%	176	16.2%	176	16.2%
De pes	0	0.0%	4	0.4%	4	0.4%
Multigràs	3	0.3%	2	0.2%	2	0.2%
Parturients	376	41.9%	383	39.6%	360	35.9%
Parturients al 100	6	0.7%	29	3.2%	26	2.7%
Talmentes	138	17.3%	160	16.4%	160	16.4%
Talmentes part	9	1.0%	0	1.0%	0	1.0%

Posició en subcàrrec	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
A gripes	1	2.3%	0	1.0%	0	1.0%
All sis	141	23.3%	134	21.4%	134	21.4%
Antes ara	13	2.1%	7	1.1%	7	1.1%
Cesària total	10	1.7%	37	5.9%	37	5.9%
Després de la	0	1.0%	15	2.4%	15	2.4%
De pes	0	1.0%	4	0.6%	4	0.6%
Multigràs	3	0.6%	2	0.3%	2	0.3%
Parturients	248	41.0%	240	38.3%	240	38.3%
Parturients al 100	6	1.0%	29	4.0%	26	4.0%
Talmentes	146	24.8%	147	23.6%	147	23.6%
Talmentes part	9	1.5%	0	1.4%	0	1.4%

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
Cesària	205	33.6%	280	31.7%	280	31.7%
Parturient	600	66.4%	620	68.3%	626	68.3%

Instrumentació a part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
No instrumentats	600	66.3%	620	68.3%	626	68.3%
Aplics Manuals	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
Parturients	60	8.0%	41	4.2%	41	4.2%
Parturients	11	1.2%	2	0.2%	2	0.2%
Variada	62	6.9%	69	7.7%	69	7.7%
Cesària	152	16.7%	158	17.3%	158	17.3%
Cesària instrumental	105	12.3%	133	14.9%	133	14.9%

Fig. 11

Ginecòleg

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
APALONSO CORROV, EDUARD	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
CASABARRIA CASTAÑEDA, ELIJA	4	80.0%	0	0.0%	4	80.0%
RODILLO GARCIA, MONTSERA	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
LINDELL GILLES, ELIJA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
MARQUETA SANCHEZ, JOSE MA	2	50.0%	0	0.0%	2	50.0%
MARQUEZ ESPINOSA, VERONICA	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
MONJE BELTRIAL, LUISA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
PEREZ FALGUEIRO, DANIEL	2	50.0%	0	0.0%	2	50.0%
PEREZ SANCHEZ, EVELYN	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
VALS ORTIZ, DAVID GONZALEZ	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
APALONSO CORROV, EDUARD	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
CASABARRIA CASTAÑEDA, ELIJA	3	75.0%	0	0.0%	3	75.0%
CASABARRIA CASTAÑEDA, ELIJA	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
RODILLO GARCIA, MONTSERA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
LINDELL GILLES, ELIJA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
MARQUETA SANCHEZ, JOSE MA	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
MARQUEZ ESPINOSA, VERONICA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
MARQUEZ ESPINOSA, VERONICA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
MONJE BELTRIAL, LUISA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
PEREZ FALGUEIRO, DANIEL	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
PEREZ SANCHEZ, EVELYN	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%

Fig. 12

LLIR

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
PEREZ RODRIGUEZ, JUAN MA	7	100.0%	0	0.0%	7	100.0%
OLIVERA MORADA, BEATRIZ	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
PEREZ RODRIGUEZ, JUAN MA	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%
PEREZ RODRIGUEZ, JUAN MA	2	28.6%	0	0.0%	2	28.6%
PEREZ RODRIGUEZ, JUAN MA	3	42.9%	0	0.0%	3	42.9%
OLIVERA MORADA, BEATRIZ	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%
OLIVERA MORADA, BEATRIZ	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
PEREZ RODRIGUEZ, JUAN MA	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
OLIVERA MORADA, BEATRIZ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

MIR

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
OLIVERA FERRER, SARA MON	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%
MELLENZ ZALDIVAR, MIREN	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
RODRIGUEZ VELEZ, ARANTZA	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Tipus part	Assist. 2014	%	Assist. 2015	%	Total 2014-2015	%
OLIVERA FERRER, SARA MON	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%
OLIVERA FERRER, SARA MON	2	28.6%	0	0.0%	2	28.6%
OLIVERA FERRER, SARA MON	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%
OLIVERA FERRER, SARA MON	1	14.3%	0	0.0%	1	14.3%
MELLENZ ZALDIVAR, MIREN	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
MELLENZ ZALDIVAR, MIREN	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Fig. 13

Existe la opción de solicitar consultas al departamento de sistemas de información cuando se detecta una desviación en algún resultado, se quiere profundizar en un tema o se plantea algún trabajo de investigación. Sirva a modo de ejemplo un informe que incorporamos tiempo después de poner en marcha este registro, en el que se recogen, además de la tasa de inducciones, los motivos de inducción y la tasa de cesárea en ellos, con vistas a ver si hacemos demasiadas inducciones y los motivos (Fig. 14). Otros ejemplos serían los partos en cesáreas anteriores (esta tasa se considera un control de calidad de un servicio de obstetricia) (Fig.15) y la incorporación del percentil de peso además de la cifra absoluta, para controlar el porcentaje de Rn con retardo de crecimiento o bajo peso.

Instrumentació per tipus instrumentals		Acum. 2014	%	Acum. 2013	%	Total 2013	%
≤42 setmanes gestació	No instrumentació	25	81,0%	28	52,0%	26	52,0%
	Espátules	3	7,3%	2	4,0%	2	4,0%
	Forceps			1	2,0%	1	2,0%
	Ventosa	2	4,9%	7	14,0%	7	14,0%
	Cesària	11	28,8%	14	28,0%	14	28,0%
>18h bossa trencada	No instrumentació	38	56,7%	29	56,0%	29	56,9%
	Espátules	8	11,9%	1	2,0%	1	2,0%
	Forceps	3	4,5%				
	Ventosa	6	9,0%	8	15,7%	8	15,7%
	Cesària	12	17,9%	13	25,6%	13	25,6%
Altres	No instrumentació	60	57,7%	51	56,0%	51	56,0%
	Ajuda manual	2	1,9%				
	Espátules	6	5,8%	3	3,3%	3	3,3%
	Forceps	1	1,0%				
	Ventosa	9	8,7%	5	5,5%	5	5,5%
	Cesària	26	25,0%	32	35,2%	32	35,2%

Fig. 14

Instrumentació per n. cesàries anteriors		Acum. 2015	%	Acum. 2014	%	Total 2014	%
1	No instrumentació	12	41,4%	11	37,9%	31	35,6%
	Espátules	4	13,6%	4	13,8%	11	12,6%
	Ventosa	4	13,6%	2	6,9%	11	12,6%
	Cesària	9	31,0%	12	41,4%	34	39,1%
2	Cesària	5	100,0%	3	100,0%	16	100,0%
	Cesària			1	100,0%	1	100,0%

Instrumentació segons motiu cesària anterior		Acum. 2015	%	Acum. 2014	%	Total 2014	%
Altres complicacions (vareu ob.)	Cesària	1	100,0%				
	No instrumen	1	33,3%				
Cesària previa	Cesària	2	66,7%				
	No instrumen	2	66,7%				
Desproporció pelvi-fetal	Espátules	1	10,0%				
	Ventosa	2	20,0%				
Distòsia de dilatació o desceix	Cesària	6	60,0%				
	No instrumen	2	20,0%				
Fracàs d'inducció	Ventosa	1	25,0%				
	Cesària	1	25,0%				
Fracàs d'inducció	No instrumen	2	60,0%				
	Cesària	2	60,0%				
Patologia associada a l'embaràs	No instrumen	1	50,0%				
	Cesària	1	50,0%				
Patologia mèdica previa associada	No instrumen	1	100,0%				
	No instrumen	1	100,0%				
Placenta previa (DPPH)	No instrumen	1	100,0%				
	No instrumen	2	40,0%				
Presentació anormal	Espátules	1	20,0%				
	Ventosa	1	20,0%				
	Cesària	1	20,0%				
Suspita de pèrdua de benestar	Espátules	2	66,7%				
	Cesària	1	33,3%				

Fig. 15

GRUPOS DE ROBSON

A partir de los datos del registro, solicitamos a sistemas de información si podría crear una fórmula que permitiera asignar cada cesárea a uno de los 10 grupos. Hicimos una prueba y nos enviaron un informe que nos permite obtener la clasificación, incluso retrospectivamente desde el inicio del registro (Fig. 16 y 17).

Cuadro 1: Clasificación de Robson

- Grupo 1:** Nullíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.
- Grupo 2:** Nullíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
- Grupo 3:** Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.
- Grupo 4:** Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
- Grupo 5:** Multiparas con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.
- Grupo 6:** Nullíparas con embarazo único en presentación podálica.
- Grupo 7:** Multiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
- Grupo 8:** Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
- Grupo 9:** Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
- Grupo 10:** Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Fig. 16

TOTAL PARTS PER GRUP					
Robson	2013	2014	2015	SUMA	% GLOBAL
G01	277	276	78	631	29,43%
G02	99	99	37	235	10,96%
G03	323	301	115	739	34,47%
G04	58	79	25	162	7,56%
G05	91	98	26	215	10,03%
G06	22	14	2	38	1,77%
G07	10	6	4	20	0,93%
G08	9	10	8	27	1,26%
G09	2	1	0	3	0,14%
G10	28	31	15	74	3,45%
Total general	919	915	310	2144	100,00%

PERCENTATGE CESARIES PER NIVEL				
Robson	2013	2014	2015	GLOBAL
G01	10,47%	11,59%	12,82%	11,25%
G02	34,34%	34,34%	35,14%	34,47%
G03	1,86%	1,99%	0,87%	1,76%
G04	10,34%	6,33%	8,00%	8,02%
G05	42,86%	48,98%	34,62%	44,65%
G06	100,00%	85,71%	100,00%	94,74%
G07	100,00%	100,00%	75,00%	95,00%
G08	88,89%	70,00%	87,50%	81,48%
G09	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
G10	17,86%	12,90%	33,33%	18,92%
Total general	17,52%	16,94%	16,77%	17,16%

Fig. 17



Nuestra intención y nuestra propuesta sería, además de detectar desviaciones de alguno de los grupos y analizarla, poder compararnos con otras instituciones e incluso que se creara una base de datos única que alimentaran todos los centros, a partir de los ítems que se podrían incorporar al CMBDH. Esto permitiría establecer medianas de territorios y de niveles de complejidad de las instituciones y crear grupos de trabajo. La realidad de los pocos datos que hay publicados es muy distinta en función del país y el nivel del centro.

Se han intentado crear otras bases de datos con otras clasificaciones pero todas tienen el inconveniente de caer en la subjetividad de su clasificación y de la mayor o menor rigidez con la que se realiza (por ejemplo la definición de “sospecha de pérdida de bienestar fetal” o “desproporción pelvi-fetal”). No todos los clínicos usan los mismos criterios y esto desvía los resultados. La clasificación de Robson es menos clínica pero permite discriminar y definir bien grupos sobre los que se puede luego incidir.

11. EVALUACIÓN

•INDICADORES.

En realidad cada dato obtenido es un indicador. Especial hincapié en la tasa de inducciones, el motivo de inducción y su resultado final, la tasa de partos vaginales en cesáreas anteriores y la tasa de desgarros.

También se valora la tasa de cesáreas intraparto y de desgarros por profesional y se comenta personalmente.

Los tutores de personal en formación tienen así un registro objetivo de cada residente, ya sea MIR o EIR de comadrona.

En los grupos de Robson, su manejo como indicador interno es útil pero para su uso como comparativo necesitaríamos de su universalización y así poder tomar decisiones, ya que la disparidad de datos existentes en la actualidad por las distintas realidades permite poca comparación.

• RESULTADOS.

Sirva de ejemplo el indicador de desgarros, indicador que al consultar el MSIQ nos mostraba que nos desviamos de la media.

En 2013 teníamos un 2,2% de desgarros grado III y IV (19 y 1 respectivamente), varios de los cuales eran sobre episiotomías medias. En 2014 se hizo una sesión en la que se debatió el tema y disminuimos progresivamente el número de episiotomías medias. Esto ha conllevado una disminución de la tasa al 1,3% en 2014 (10 y 0 respectivamente) y del 0,8% a mayo de 2015 (2 y 1) (Fig. 18).

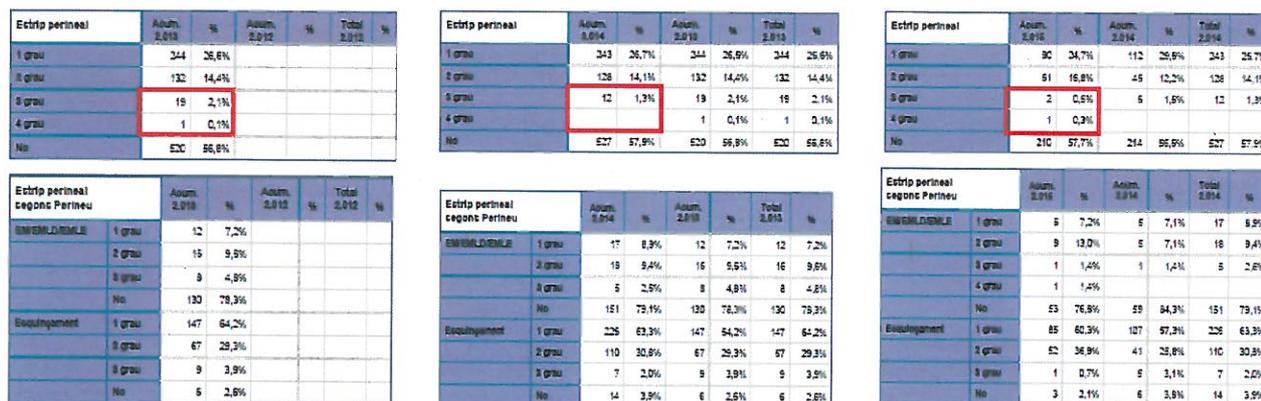


Fig 18

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La creación del sistema de identificación neonatal y el registro de partos informatizado nos ha permitido por un lado incrementar nuestra SEGURIDAD DE PACIENTES y por otro lado tener un SISTEMA DE INFORMACIÓN ágil y fiable de recogida de datos, análisis y toma de decisiones.

Además de suponer una buena herramienta a nivel de nuestra institución, pensamos que su generalización permitiría crear una base de datos global a partir de la cual elaborar indicadores.

Especial relevancia tiene la clasificación de Robson para intentar frenar el continuo incremento de la tasa de cesáreas, que permite el análisis objetivo, fuera de interpretaciones de las distintas indicaciones clínicas de cesárea.

13. BIBLIOGRAFIA

1. El ADN en la identificación del recién nacido. An Esp Pediatr 1997; 46:322-324
2. Programa de seguridad de pacientes a la Región de Murcia, identificación del recién nacido. MurciaSalud. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2011
3. La identificación del recién nacido, asignatura pendiente. Matronas Prof; 13(3-4):66-72
4. Identificación del recién nacido: ¿son efectivos nuestros métodos? Enfermería científica altoaragonesa nº 7. Dic 2012
5. Los Hospitales vascos identificarán a cada recién nacido mediante una gota de sangre. El país 16-07-1998
6. La identificación del recién nacido en España. Lainformación.com 21/01/2012
7. Sanidad implanta un nuevo sistema de identificación para recién nacidos. El país 23/12/2002
8. Decreto 330/2010 del 13 de julio por el que se crea y regula el registro único de partos y nacimientos en Andalucía.
9. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas en HRP, Human Reproduction Program, reserach for impact.
10. Use Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicounty surveys
11. Using a caesarean section classification system based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. Costa et al. Reproductive Healt 2010,7:13
12. Clasificación de las cesáreas por grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. Prog Obstet Ginecol;53(10):385-390

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.